



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ

**Κοινωνικό-οικονομικοί, δημογραφικοί παράγοντες και Δείκτες
Υγείας που επιδρούν στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ανθρώπων**

Δαουκλιώτη Ευαγγελία

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Επιβλέπων
Τριανταφύλλου Ιωάννης

Λαμία, 2017



UNIVERSITY OF THESSALY

SCHOOL OF SCIENCE

INFORMATICS AND COMPUTATIONAL BIOMEDICINE

**Socio-economic, demographic factors and Health Indicators that
affect the quality of life of elderly people**

Daouklioti Evaggelia

Master thesis

Triantafyllou Ioannis

Lamia

2017



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ**

«ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΑ»

Ή

**«ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ,
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΜΕΓΑΛΟΥ ΟΓΚΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ
ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΗ»**

Κατεύθυνση: Βιοϊατρικής

**Κοινωνικό-οικονομικοί, δημογραφικοί παράγοντες και Δείκτες
Υγείας που επιδρούν στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ανθρώπων**

Δαουκλιώτη Ευαγγελία

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Επιβλέπων
Τριανταφύλλου Ιωάννης**

Λαμία, 2017

«Υπεύθυνη Δήλωση μη λογοκλοπής και ανάληψης προσωπικής ευθύνης»

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, και γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα και ενυπογράφως ότι η παρούσα εργασία με τίτλο [«τίτλος εργασίας»] αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές από τις οποίες χρησιμοποίησα δεδομένα, ιδέες, φράσεις, προτάσεις ή λέξεις, είτε επακριβώς (όπως υπάρχουν στο πρωτότυπο ή μεταφρασμένες) είτε με παράφραση, έχουν δηλωθεί κατάλληλα και ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή. Αναλαμβάνω πλήρως, ατομικά και προσωπικά, όλες τις νομικές και διοικητικές συνέπειες που δύναται να προκύψουν στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δεν μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής.

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/-ΟΥΣΑ

Ημερομηνία

Υπογραφή

**Κοινωνικό-οικονομικοί, δημογραφικοί παράγοντες και Δείκτες
Υγείας που επιδρούν στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ανθρώπων**
Δαουκλιώτη Ευαγγελία

Τριμελής Επιτροπή:

Τριανταφύλλου Ιωάννης

Μπάγκος Παντελής

Δελήμπασης Κωνσταντίνος

Περιεχόμενα

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	12
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	13
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	14
ABSTRACT	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Ιστορική αναδρομή	17
1.2 Επιδημιολογία της Κατάθλιψης	18
1.3 Ορισμός της Ψυχικής Υγείας	21
1.4 Ορισμός της Κατάθλιψης	21
1.5 Τα συμπτώματα της κατάθλιψης	22
1.6 Τύποι κατάθλιψης	23
1.6.1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	23
1.6.2. Διπολική Διαταραχή I & II	25
1.6.3. Δυσθυμία	26
1.6.4. Κυκλοθυμική Διαταραχή	26
1.6.5. Άλλες Καταθλιπτικές Διαταραχές	26
1.7 Αίτια της κατάθλιψης	27
1.7.1. Γενετικοί παράγοντες	27
1.7.2. Βιολογικοί παράγοντες	29
1.7.3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	35
1.8 Κλινική εικόνα	35
1.9 Εργαλεία μέτρησης κατάθλιψης	37
1.9.1 Beck depression inventory II (BDI-II)	37
1.9.2 Κλίμακα Αυτο-αξιολόγησης της Κατάθλιψης κατά Zung (ZDRS)	38
1.9.3 Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton (HRSD)	40
1.9.4 Κλίμακα Montgomery – Asberg (MADRS)	41
1.9.5 Κλίμακα κατάθλιψης Raskin	42

1.9.6 Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης (GDS)	43
1.10 Θεραπείες της κατάθλιψης	45
1.10.1 Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία	45
1.10.2 Σωματικές θεραπείες	45
1.10.3 Ψυχοκοινωνικές θεραπείες	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ταυτότητα Έρευνας	53
2.1.1 Κύμα 1	53
2.1.2 Κύμα 2	54
2.1.3 Κύμα 3	55
2.1.4 Κύμα 4	55
2.1.5 Κύμα 5	56
2.1.6 Κύμα 6	56
2.2 Τα ερωτηματολόγια του Share	56
2.3 Αναφορά σε δημοσιεύσεις του Share	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ανάλυση ποσοτικών χαρακτηριστικών	71
3.2 Ανάλυση ποιοτικών χαρακτηριστικών	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συμπεράσματα	118
--------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική	120
Ξενόγλωσση	122
Ηλεκτρονικές πηγές	126

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1. Επισκόπηση χωρών από το 1 κύμα έως το 6 κύμα.	53
Εικόνα 2 Ιστόγραμμα συχνοτήτων ηλικίας	81
Εικόνα 3 Θηκόγραμμα ηλικίας ανά φύλο	81
Εικόνα 4 Ιστόγραμμα συχνοτήτων ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	81
Εικόνα 5 Θηκόγραμμα ωρών εργασίας ανά εβδομάδα	81
Εικόνα 6 Ιστόγραμμα συχνοτήτων χρόνια συνταξιοδότησης	82
Εικόνα 7 Θηκόγραμμα χρόνια συνταξιοδοτούμενοι	82
Εικόνα 8 Ιστόγραμμα συχνοτήτων διανυκτέρευσης στο νοσοκομείο	82
Εικόνα 9 Θηκόγραμμα διανυκτέρευσης στο νοσοκομείο ανά φύλο	82
Εικόνα 10 Ιστόγραμμα συχνοτήτων BMI	83
Εικόνα 11 Θηκόγραμμα BMI ανά φύλο	83
Εικόνα 12 Ιστόγραμμα συχνοτήτων EURO –D	83
Εικόνα 13 Θηκόγραμμα EURO –D ανά φύλο	83

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Κύμα 1	54
Πίνακας 2. Κύμα 2	54
Πίνακας 3. Κύμα 3	55
Πίνακας 4. Κύμα 4	55
Πίνακας 5. Κύμα 5	56
Πίνακας 6α. Μέτρα κεντρικής τάσης για το σύνολο των ατόμων του δείγματος	71
Πίνακας 6β. Μέτρα κεντρικής τάσης για το σύνολο των ατόμων του δείγματος	72
Πίνακας 7α. Μέτρα διασποράς για το σύνολο των ατόμων του δείγματος	73
Πίνακας 7β. Μέτρα διασποράς για το σύνολο των ατόμων του δείγματος	75
Πίνακας 8α. Μέτρα μορφής για το σύνολο των ατόμων του δείγματος	77
Πίνακας 8β. Μέτρα μορφής για το σύνολο των ατόμων του δείγματος	79
Πίνακας 9. Έλεγχος κανονικότητας	84
Πίνακας 10. Μη παραμετρικοί συντελεστές συσχέτισης Spearman	84
Πίνακας 11. Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης	85
Πίνακας 12. Έλεγχος καταλληλότητας των δεδομένων	86
Πίνακας 13. Κατανομή δείγματος ανά χώρα	87
Πίνακας 14. Κατανομή δείγματος ανά φύλο	88
Πίνακας 15. Κατανομή δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση	88
Πίνακας 16. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα ενοχής	89
Πίνακας 17. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον περασμένο μήνα	89
Πίνακας 18. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα μοναξιάς	90
Πίνακας 19. Κατανομή του δείγματος με βάση την κατάσταση υγείας	91
Πίνακας 20. Κατανομή του δείγματος με βάση τη μακροχρόνια ασθένεια	92
Πίνακας 21. Κατανομή του δείγματος με βάση αν πάσχουν από καρκίνο	92
Πίνακας 22. Κατανομή του δείγματος με βάση τις παθήσεις	93
Πίνακας 23. Κατανομή του δείγματος με βάση αν είναι καταθλιπτικοί ή όχι	94
Πίνακας 24. Συνάφεια μεταξύ των χωρών και την ύπαρξη ή όχι της κατάθλιψης	95
Πίνακας 25. Συνάφεια μεταξύ του φύλου και της κατάθλιψης	97
Πίνακας 26. Συνάφεια μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της κατάθλιψης	98
Πίνακας 27. Συνάφεια μεταξύ των αισθημάτων ενοχής και της κατάθλιψης	99

Πίνακας 28. Συνάφεια μεταξύ των αισθημάτων λύπης ή κατάθλιψης των τελευταίο μήνα και της κατάθλιψης	100
Πίνακας 29. Συνάφεια μεταξύ των αισθημάτων μοναξιάς και της κατάθλιψης	101
Πίνακας 30. Συνάφεια μεταξύ της κατάστασης υγείας και της κατάθλιψης	102
Πίνακας 31. Συνάφεια μεταξύ της μακροχρόνιας ασθένειας και της κατάθλιψης	103
Πίνακας 32. Συνάφεια μεταξύ του καρκίνου και της κατάθλιψης	104
Πίνακας 33. Συνάφεια μεταξύ της κατάστασης υγείας και του φύλου	105
Πίνακας 34. Συνάφεια μεταξύ της κατάστασης υγείας και της οικογενειακής κατάστασης	107
Πίνακας 35. Συνάφεια μεταξύ της κατάστασης υγείας και της μακροχρόνιας ασθένειας	109
Πίνακας 36. Συνάφεια μεταξύ της κατάστασης υγείας και των αισθημάτων μοναξιάς	111
Πίνακας 37. Συνάφεια μεταξύ των αισθημάτων λύπης ή κατάθλιψης των τελευταίο μήνα και των αισθημάτων μοναξιάς	112
Πίνακας 38. Συνάφεια μεταξύ της μακροχρόνιας ασθένειας και των αισθημάτων μοναξιάς	113
Πίνακας 39. Συνάφεια μεταξύ των αισθημάτων λύπης ή κατάθλιψης των τελευταίο μήνα και του φύλου	114
Πίνακας 40. Συνάφεια μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των αισθημάτων λύπης ή κατάθλιψης των τελευταίο μήνα	115

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Κατανομή δείγματος ανά χώρα	87
Γράφημα 2. Κατανομή δείγματος ανά φύλο	88
Γράφημα 3. Κατανομή δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση	88
Γράφημα 4. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα ενοχής	89
Γράφημα 5. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον περασμένο μήνα	90
Γράφημα 6. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα μοναξιάς	90
Γράφημα 7. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα	91
Γράφημα 8. Κατανομή του δείγματος με βάση την κατάσταση υγείας	91
Γράφημα 9. Κατανομή του δείγματος με βάση τη μακροχρόνια ασθένεια	92
Γράφημα 10. Κατανομή του δείγματος με βάση αν πάσχουν από καρκίνο	92
Γράφημα 11. Κατανομή του δείγματος με βάση τις παθήσεις	93
Γράφημα 12. Κατανομή του δείγματος με βάση αν είναι καταθλιπτικοί ή όχι	94

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου Ιωάννη Τριανταφύλλου για την εμπιστοσύνη του, την υπομονή του, την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγηση που μου έδωσε κατά την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας.

Ακόμα θέλω να ευχαριστήσω την μητέρα μου, Παναγιώτα, που είναι πάντα δίπλα μου, με στηρίζει και φροντίζει ακόμα και τώρα για την καλύτερη μόρφωσή μου.

Τέλος, θέλω να απευθύνω τις ευχαριστίες μου σε φίλους και καθηγητές που με βοήθησαν καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού.

Περίληψη

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα ψυχικής υγείας παγκοσμίως και έχει υπολογιστεί πως περίπου 300 εκατομμύρια άνθρωποι όλων των ηλικιών επηρεάζονται σε όλο τον κόσμο. Η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία της αναπηρίας παγκοσμίως και συμβάλλει σημαντικά στο συνολικό παγκόσμιο βάρος των ασθενειών. Η μείζων κατάθλιψη κατείχε τη τέταρτη σε σπουδαιότητα διαταραχή ως προς την επιβάρυνση από ασθένειες σε παγκόσμιο επίπεδο κατά το 1990 και υπολογίζεται ότι θα είναι δεύτερη κύρια αιτία νοσηρότητας μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια έως το 2020.

Άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη μπορεί να υποφέρουν και να μην ανταπεξέρχονται στην εργασία, στο σχολείο και στην οικογένεια. Στη χειρότερη περίπτωση μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία. Περίπου 800000 άνθρωποι πεθαίνουν λόγω αυτοκτονίας κάθε χρόνο. Αν κ υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για την κατάθλιψη, μικρό είναι το ποσοστό που λαμβάνει θεραπεία. Οι λόγοι συνήθως αφορούν έλλειψη πόρων, έλλειψη εκπαιδευμένων παροχών υγειονομικής περίθαλψης, το κοινωνικό στίγμα που συνδέεται με τις ψυχικές διαταραχές καθώς και η ανακριβής εκτίμηση.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική τους κατάσταση. Προβλήματα όπως η κατάσταση υγείας τους, η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η συνταξιοδότηση, η απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος, η ύπαρξη ψυχοκοινωνικών καταστάσεων, ο θάνατος κοντινών προσώπων, η απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον, οι αλλαγές στις κοινωνικοοικονομικές δομές και στις αξίες πολλές φορές οδηγούν στην κατάθλιψη.

Η έρευνα για την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE) είναι μια διεπιστημονική και διακρατική βάση δεδομένων με πολλαπλά δεδομένα για την υγεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα περίπου 120.000 ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω και καλείται να εξετάσει τη δυνατότητα δημιουργίας, σε συνεργασία με τα κράτη μέλη, μιας ευρωπαϊκής έρευνας διαχρονικής γήρανσης. Η έρευνα (SHARE) καλύπτει 27 ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ και έχει καταστεί ένας από τους σημαντικότερους πυλώνες του Ευρωπαϊκού Χώρου Έρευνας.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσουμε τα άτομα της τρίτης ηλικίας, που πήραν μέρος στην έρευνα το 2013, το φαινόμενο της κατάθλιψης και να μελετήσουμε τους κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με αυτό.

Στο πρώτο κεφάλαιο πέρα από την ιστορική αναδρομή που άπτεται του θεματικού αντικειμένου της εργασίας, δίνεται ο ορισμός της ψυχικής υγείας και της κατάθλιψης. Για την κατάθλιψη αναλύονται τα συμπτώματα, οι τύποι της κατάθλιψης, τα αίτια, η κλινική εικόνα, τα εργαλεία μέτρησης της και οι προτεινόμενες θεραπείες της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά για την έρευνα που διεξάγεται για την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη. Αναλυτικά βλέπουμε τα

κύματα της έρευνας, ποιες χώρες πήραν μέρος και ποια χρονική περίοδο, τα ερωτηματολόγια καθώς και διάφορες δημοσιεύσεις που έχουν γίνει.

Στο τρίτο κεφάλαιο υλοποιείται στατιστική ανάλυση των δεδομένων που επιλέξαμε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics και του MS Excel, τόσο για τα ποσοτικά όσο και για τα ποιοτικά χαρακτηριστικά.

Στο τέταρτο κεφάλαιο συνοψίζονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν κατά την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας.

Abstract

Depression is one of the most important mental health problems in the world and it has been estimated that around 300 million people of all ages are affected throughout the world. Depression is the leading cause of disability worldwide and contributes significantly to the overall global burden of illness. Major depression was the fourth most significant global disease burden in 1990 and is estimated to be the second leading cause of morbidity after ischemic heart disease by 2020.

People suffering from depression may suffer and not coping at work, at school and in the family. In the worst case it can lead to suicide. About 800,000 people die from suicide every year. Although there are effective treatments for depression, little is the rate of treatment. The reasons usually include lack of resources, lack of trained health care benefits, social stigma associated with mental disorders as well as inaccurate assessment.

Elderly people often have problems that may affect their mental state. Problems such as their health status, poor socio-economic status, retirement, the absence of a social support system, the existence of psychosocial conditions, the death of nearby people, isolation from the social environment, changes in socio-economic structures and values often lead to depression. The SHARE survey covers 27 European countries and Israel and has become one of the major pillars of the European Research Area.

The aim of this paper is to look at the depression phenomenon in the elderly who participated in the research in 2013 and to study the socio-economic and demographic factors associated with it.

In the first chapter, beyond the historical review of the thematic subject of work, , we give the definition of mental health and depression. For depression analyzed symptoms, types of depression, causes, clinical picture, measurement tools and features of treatments.

In the second chapter, reference is made to research on health, aging and retirement in Europe. In detail, we see the waves of the survey, which countries took place and what time, the questionnaires and the various publications that have been made.

In the third chapter, implemented statistical analysis of the data, we have chosen, with the use of the statistical package IBM SPSS Statistics and MS Excel, both for quantitative characteristics and qualitative characteristics.

In the fourth chapter, summarized the conclusions drawn during the preparation of the thesis.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Κατάθλιψη

1.1 Ιστορική αναδρομή

Πολλά αρχαία κείμενα έχουν βρεθεί με περιγραφές αυτού που σήμερα ονομάζουμε διαταραχή της διάθεσης. Υπάρχουν παραδείγματα που περιγράφουν σύνδρομα κατάθλιψης όπως είναι η ιστορία του βασιλιά Σαούλ, στην Παλαιά Διαθήκη, η ιστορία της αυτοκτονίας του Αίαντα, στην Ιλιάδα και σε αττικές τραγωδίες όπως η ανάλογη διαταραχή του Ηρακλή και η ψυχογενής ανικανότητα του Ιφίκλη. Στην αρχαία ελληνική μυθολογία τα κακά πνεύματα αντιπροσωπεύονται από τις θεές Μανία και Λύσσα. (Βλ. Χαρτοκόλλης (1991)).

Από την αρχαιότητα, ο Ιπποκράτης προσδιόρισε τέσσερα είδη χυμών που αντιστοιχούν σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας. Η ιδιοσυγκρασία κάθε ανθρώπου καθορίζονταν από το είδος του χυμού (στη σύγχρονη ιατρική αντιστοιχεί με τις ορμόνες) που βρίσκονταν σε μεγάλη ποσότητα μέσα του: α)μελαγχολικός (μέλαινα χολή) ήταν ο άνθρωπος που βίωνε έντονα συναισθήματα κατάθλιψης και απελπισίας, β)χολερικός (κίτρινη χολή), ήταν εκείνος που διακρίνονταν για το θυμώδη και ευέξαπτο / επιθετικό χαρακτήρα του, γ)φλεγματικός (φλεγμα) χαρακτηριζόταν από πραότητα και ηρεμία και δ)ο αιματώδης που διακρίνονταν από αισιοδοξία και χαρούμενη διάθεση. (Βλ Χαλκιοπούλου (2003))

Το 400 π.Χ. ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «μελαγχολία» και «μανία» προκειμένου να περιγράψει ψυχικές διαταραχές. Ο Ιπποκράτης υποστήριζε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μια νόσος του εγκεφάλου που αφορούσε τη φύση των χυμών του εγκεφάλου, μια συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής. Πίστευε ότι στη μελαγχολία συμπλέκονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ότι «ένας μακροχρόνιος μόχθος της ψυχής μπορεί να προκαλέσει μελαγχολία» και ξεχώριζε την αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά γεγονότα από την αρρώστια που δεν είχε προφανή εξωτερικά αίτια. (Περισσότερα βλ. Alloy et al. (1996))

Εβδομήντα χρόνια μετά το θάνατο του Ιπποκράτη, η Σχολή του Αριστοτέλη άρχισε να ασκεί ισχυρή επίδραση στον τρόπο που σκεφτόμαστε για τη σκέψη. Η άποψη του για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Ο Αριστοτέλης πήρε από τον Πλάτωνα την ιδέα της θείας παραφροσύνης και την ιατροποιήσε συσχετίζοντάς την με τη μελαγχολία. Παρόλο που Αριστοτέλης αναζητούσε τρόπους για να ανακουφίσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας». (βλ. Alloy et al. (1996))

Ο όρος συνέχισε να χρησιμοποιείται και από άλλους ιατρικούς συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων του Αρεταίου, του Γαλήνιου και του Αλέξανδρου από τις Τράλλεις. Ο Εβραίος γιατρός του 12ου αιώνα Μαμωνίδης θεωρούσε τη μελαγχολία ως διακριτή νοσολογική οντότητα. Το 1686 Bonet περιέγραψε μια ψυχική νόσο την οποία ονόμασε *maniacomelancholicus*. (βλ. Radden (2003))

Το 1854 ο Jules Falret περιέγραψε, με την ονομασία *folie circulaire*, μια κατάσταση κατά την οποία άρρωστος βίωνε εναλλασσόμενες διαθέσεις κατάθλιψης

και μανίας. Την ίδια περίπου εποχή, ένας άλλος Γάλλος ψυχίατρος, Jules Baillarger περιέγραψε την κατάσταση folie a' double forme, κατά την οποία άρρωστος αφού γινόταν βαθιά καταθλιπτικός και έπεφτε σε κατάσταση εμβροντησίας, τελικά επανερχόταν. Το 1882 Γερμανός ψυχίατρος Karl Kahlbaum, χρησιμοποιώντας τον όρο «κυκλοθυμία», περιέγραψε τη μανία και την κατάθλιψη ως φάσεις της ίδιας νόσου. (βλ. Ρουσοδήμου (2008))

Το 1899 Emil Kraepelin, οικοδομώντας επάνω στις γνώσεις των προηγούμενων Γάλλων και Γερμανών ψυχιάτρων, περιέγραψε την έννοια της μανιοκαταθλιπτικής ψύχωσης, η οποία κάλυπτε τα περισσότερα από τα κριτήρια που χρησιμοποιούν οι ψυχίατροι σήμερα για να θέσουν τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής I. Ο Kraepelin περιέγραψε έναν ακόμη τύπο κατάθλιψης, στις γυναίκες, με έναρξη μετά την εμμηνόπαυση, και στους άνδρες κατά την διάρκεια της όψιμης ενήλικης ζωής, που έγινε γνωστή ως μελαγχολία της εξέλιξης. Σήμερα πλέον θεωρείται μια μορφή διαταραχής της διάθεσης, χαρακτηριστικό της οποίας είναι η όψιμη έναρξη. (βλ. Davison (2006))

1.2 Επιδημιολογία της Κατάθλιψης

Το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κλινικά διαπιστωμένη κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 2015, εκτιμάται ότι 332 εκατομμύρια άνθρωποι όλων των ηλικιών στον κόσμο έχουν κατάθλιψη, ενώ σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2012 σε 17 χώρες έδειξε ότι 1 στους 20 ανθρώπους βίωσαν κάποιο επεισόδιο κατάθλιψης τη χρονιά που πέρασε. Στη χώρα μας ο αριθμός αυτός υπολογίζεται σε 540.000 άτομα, κάθε χρονική στιγμή. Η κατάθλιψη παγκοσμίως αποτελεί την κύρια αιτία για την αναπηρία, στην Ευρώπη καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση ενώ παγκοσμίως κατέχει την 3η θέση, από πλευράς απώλειας ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας. Μέσα σε μία δεκαετία (2005-2015) εμφανίζεται ραγδαία αύξηση κατά 18% ενώ προβλέπεται ότι το κατά το έτος 2020, θα καταλάβει την 1η θέση, στις Δυτικές κοινωνίες.(WHO (2005))

Φύλο

Σε όλες τις χώρες του κόσμου, ο επιπολασμός της μονοπολικής κατάθλιψης είναι διπλάσιος στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 12% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσουν μέσα σε ένα έτος. Οι λόγοι αυτής της διαφοράς είναι άγνωστοι, ωστόσο έρευνες έχουν δείξει σαφώς ότι στις δυτικές χώρες, δεν είναι αποτέλεσμα κοινωνικά προκατειλημμένων διαγνωστικών πρακτικών. Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών), στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, διαμορφώνουν τα ποσοστά αυτά. Σε αντίθεση με τον επιπολασμό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής I είναι ίδιος για γυναίκες και άντρες. (Kuehner (2003))

Μερικοί από τους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη είναι οι παρακάτω:

Τα δύο φύλα διαφέρουν ως προς τις ορμόνες: Δεδομένου ότι στην κορυφή της εμφάνισης των καταθλιπτικών διαταραχών στις γυναίκες βρίσκεται η αναπαραγωγική τους ηλικία, δηλαδή μεταξύ των ηλικιών 25 έως 44 ετών, οι ορμονικοί παράγοντες κινδύνου μπορεί να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο. Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν ορισμένα συστήματα του οργανισμού, που έχουν εμπλακεί σε διαταραχές της διάθεσης. Το γεγονός ότι οι γυναίκες υφίστανται συχνά διαταραχές της διάθεσης τους που σχετίζονται με τον εμμηνορροϊκό κύκλο τους, όπως είναι η προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή, επίσης δείχνει μια σχέση μεταξύ των γυναικείων ορμονών και της διάθεσης. Επιπλέον, οι ορμονικές διακυμάνσεις που σχετίζονται με τον τοκετό είναι κάτι κοινό που αφορά τις διαταραχές της διάθεσης όλων των γυναικών. Παρά το γεγονός ότι η εμμηνόπαυση είναι μια στιγμή που μια γυναίκα κινδυνεύει να πάθει κατάθλιψη, η περίοδος πριν την εμμηνόπαυση είναι μια χρονική περίοδος αυξημένου κινδύνου για τις γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης. Άλλος ένας ορμονικός παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στον κίνδυνο, για μια γυναίκα, να εμφανίσει κατάθλιψη, είναι η λειτουργία του θυρεοειδούς, η οποία διαφέρει ανάμεσα στα δύο φύλα. (Piccinelli and Wilkinson (2000)) (Parker et al. (2001))

Οι διαφορές των δύο φύλων στην κοινωνικοποίηση: Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι διαφορές μεταξύ των φύλων στην κοινωνικοποίηση θα μπορούσαν να διαδραματίσουν ρόλο στη διαφορά των ποσοστών της κατάθλιψης. Τα μικρά κορίτσια κοινωνικοποιούνται από τους γονείς τους και τους δασκάλους αναπτύσσοντας μια πιο ευαίσθητη και απόμακρη στάση προς τους άλλους, ενώ τα μικρά αγόρια ενθαρρύνονται να αναπτύξουν μια μεγαλύτερη αίσθηση της κυριαρχίας και της ανεξαρτησίας στη ζωή τους. Αυτό το είδος της κοινωνικοποίησης οδηγεί πολλές γυναίκες στη κατάθλιψη, αφού δεν νιώθουν αυτόνομες και ανεξάρτητες, πράγμα που έχει αντίκτυπο στις επιλογές και τέλος στη ζωή τους.

Οι διαφορές των δύο φύλων στην αντιμετώπιση των θεμάτων τους: Οι μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν ένα πιο εστιασμένο συναίσθημα, έναν πιο στοχαστικό τρόπο αντιμετώπισης και παίρνουν πολλές ώρες αναλογιζόμενες τα προβλήματά τους, ενώ οι άνδρες τείνουν να χρησιμοποιούν μια πιο πρακτική και ψυχραιμη στάση απέναντι στο πρόβλημα και προσπαθούν να βρискουν τρόπους να ξεχαστούν. Έχει ειπωθεί λοιπόν ότι αυτός ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι γυναίκες τα θέματά τους μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερα και πιο σοβαρά επεισόδια κατάθλιψης.

Οι διαφορές στη συχνότητα και στην αντίδραση σε στρεσογόνα γεγονότα της ζωής: Τα στοιχεία δείχνουν ότι, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, οι γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίσουν πιο στρεσογόνα γεγονότα και να έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία σε αυτά από τους άνδρες. Τα έφηβα κορίτσια έχουν την τάση να αναφέρουν περισσότερα αρνητικά γεγονότα στη ζωή τους από ό, τι τα αγόρια. Τα γεγονότα αυτά συνήθως σχετίζονται με τις σχέσεις τους με τους γονείς και τους συνομηλίκους τους και επίσης αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα κινδύνου που συνδέονται με αυτά. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι ενήλικες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να εμφανίσουν σημάδια κατάθλιψης, λόγω κάποιου αγχωτικού γεγονότος της ζωής.

Οι κοινωνικοί ρόλοι και οι πολιτιστικές επιρροές: Υπάρχει η θεωρία ότι οι γυναίκες που γίνονται νοικοκυρές και μητέρες θεωρούν ότι ο ρόλος τους υποτιμάται από την κοινωνία, ενώ οι γυναίκες που επιδιώκουν μια σταδιοδρομία εκτός σπιτιού στον εργασιακό χώρο μπορεί να αντιμετωπίσουν διακρίσεις και ανισότητα στη δουλειά ή μπορεί να αισθάνονται εσωτερικές συγκρούσεις μεταξύ του ρόλου τους ως σύζυγοι και μητέρες με αυτόν της δουλειάς τους. Λόγω των κοινωνικών συνθηκών, οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη ζωή των παιδιών, τη στέγαση ή την αναπαραγωγή μπορεί να χτυπήσουν ιδιαίτερα σκληρά τις γυναίκες, επειδή αντιλαμβάνονται αυτές τις “περιοχές” ως σημαντικές για τον ορισμό τους από τον εαυτό τους και μπορεί να αισθάνονται ότι δεν έχουν εναλλακτικούς τρόπους για να αυτοπροσδιοριστούν όταν απειλούνται αυτές οι περιοχές.

Ηλικία

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, ωστόσο η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Γενικά, η έναρξη της διπολικής διαταραχής I είναι πρωιμότερη απ’ ότι της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Έναρξη της διπολικής διαταραχής I κυμαίνεται από την παιδική ηλικία (ήδη από 5 ή 6 ετών) μέχρι τα 50 χρόνια ή ακόμη αργότερα, σε σπάνιες περιπτώσεις, με μέση ηλικία έναρξης τα 30 έτη. Η μέση ηλικία έναρξης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι περίπου τα 40 χρόνια. Το 50% του συνόλου των αρρώστων εμφανίζει το πρώτο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο σε ηλικία μεταξύ 20 και 50 ετών. Η μείζον καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία στο γήρας, αν και αυτό είναι ασυνήθες. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα συνηγορούν στο ότι η επίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να αυξάνεται σε άτομα κάτω των 20 ετών. Εάν αυτή η παρατήρηση είναι ορθή, τότε ίσως αυτό να σχετίζεται με την αύξηση της χρήσης οινόπνευματος και άλλων ουσιών από αυτή την ηλικιακή ομάδα. (βλ. Ρουσοδήμου (2008)).

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων πάνω από 65 ετών, είναι ιδιαίτερα εμφανής στις βιομηχανικές χώρες. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το ποσοστό ηλικιωμένων το 2010 ήταν 20% και εκτιμάται πως το 2030 θα αγγίξει ποσοστά της τάξης του 25%. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη διαταραχή ψυχικής υγείας στη μεγάλη ηλικία με ποσοστό που αγγίζει το 11-16%, ενώ στους οίκους ευγηρίας φτάνει το 35%. Στην τρίτη ηλικία, τα καταθλιπτικά σύνδρομα επηρεάζουν συχνά άτομα με χρόνιες ιατρικές παθήσεις, γνωστική ανεπάρκεια, ή ανικανότητα. Είναι γεγονός ότι σήμερα οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των ατόμων τρίτης ηλικίας και εκτιμάται πως το 2050, οι γυναίκες θα αποτελούν το 75% του συνολικού πληθυσμού των ηλικιωμένων. (Alexopoulos et al., (2002)) (Παπαδημητρίου και συν.,(2013)).

Οικογενειακή κατάσταση

Σε γενικές γραμμές, η μονοπολική κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα που δεν έχουν στενές διαπροσωπικές σχέσεις που είναι διαζευγμένα σε διάσταση. Η διπολική διαταραχή I συναντάται μάλλον συχνότερα μεταξύ των ατόμων που ζουν μόνα τους, που είναι διαζευγμένα σε σύγκριση με τους παντρεμένους, αν και αυτή η διαφορά πιθανόν να αντανακλά την πρόωμη έναρξη και τις συνακόλουθες συζυγικές διαφωνίες που χαρακτηρίζουν αυτή τη διαταραχή. Από την άλλη οι άγαμες γυναίκες παρουσιάζουν σπανιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τους άγαμους άνδρες. (Kessler et al. (2003))

Κοινωνικές και πολιτισμικές θεωρήσεις

Δεν υπάρχει κανένας συσχετισμός μεταξύ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η διπολική διαταραχή I φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίπτωση στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, γεγονός που πιθανών να οφείλεται σε προκατειλημμένες διαγνωστικές πρακτικές. Η κατάθλιψη ίσως είναι συχνότερη στις αγροτικές παρά στις αστικές περιοχές. Η διπολική διαταραχή I είναι συνηθέστερη σε άτομα που δεν έχουν τελειώσει το σχολείο παρά σε αυτά που το έχουν τελειώσει. (βλ. Ρουσοδήμου (2008))

1.3 Ορισμός της Ψυχικής Υγείας

Είναι η αρμονική λειτουργία της ψυχοσωματικής ενότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας. Θετική δυναμική κατάσταση που εκφράζει ολότητα λειτουργίας και ζωής. Δεν χαρακτηρίζεται απλώς από την απουσία της αρρώστιας και δεν την αποκτά ο άνθρωπος μια για πάντα. Η ψυχική υγεία είναι μία ποιότητα ζωής ψυχοσωματική και πνευματική ανάπτυξη, έκφραση προσωπικού δυναμισμού, αρμονία μεταξύ του τρόπου ζωής και της προσωπικής συνείδησης του ατόμου, εκδίπλωση των δυνατοτήτων της προσωπικότητας και πραγματοποίηση των σύνθετων λειτουργιών της , απόκτηση καλλιεργημένων και κατάλληλων τρόπων στις διαπροσωπικές σχέσεις , συναίσθημα ευτυχίας που απορρέει από την πνευματική θεώρηση του ωραίου, ηθική και ενάρετη ζωή, δημιουργικές δραστηριότητες, οικοδομητικές συμμετοχές σε ομάδες, αφοσίωση σε στοργική φροντίδα των άλλων και αγώνας για την κατάκτηση προσωπικής ακεραιότητας (Ραγιά (2005)).

1.4 Ορισμός της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι ψυχική διαταραχή (mental disorder) που ανήκει στην ομάδα των Διαταραχών διάθεσης. Κατάθλιψη ορίζεται η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής (έντονης και παρατεταμένης) θλίψης και συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών και οργανικών διαδικασιών. Η κατάθλιψη διαφέρει από την Κλινική Κατάθλιψη, η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες και είναι τόσο σοβαρά ώστε να επεμβαίνουν στην καθημερινότητα ενός ατόμου. (βλ. VandenBos (2007)).

Άτομα με κατάθλιψη συνήθως περιγράφουν τον εαυτό τους ως λυπημένο, απεγνωσμένο, αποθαρρυσμένο και απογοητευμένο. Η λέξη κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να δηλώσει:

1. μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα όταν λαμβάνει χώρα μια σημαντική για το άτομο απώλεια ή θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου,
2. τα συμπτώματα της έντονης και παρατεταμένης θλίψης (καταθλιπτικό συναίσθημα), είτε στα πλαίσια μια Καταθλιπτικής ή Διπολικής Διαταραχής, είτε στα πλαίσια άλλης Διαταραχής ή κατάστασης που μπορεί να αποτελέσει το επίκεντρο της κλινικής προσοχής,

3. την ψυχική διαταραχή ή σύνδρομο αντί του όρου ‘Καταθλιπτική Διαταραχή’ (όπως Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, δυσθυμική Διαταραχή και καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη). Επίσης μπορεί να αναφέρεται στη Διαταραχή της διάθεσης που οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση ή στη Διαταραχή της Διάθεσης που προκαλείται από ουσίες, όταν σε αυτές επικρατούσα συναισθηματική διάθεση είναι η καταθλιπτική (βλ. Μενεδιάτου (2010)).

1.5 Τα συμπτώματα της κατάθλιψης

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν

- καταθλιπτική διάθεση , όπως λύπη, απαισιοδοξία, απελπισία, απόγνωση, αισθήματα αναξιότητας και ενοχής για πραγματικά ή νομιζόμενα λάθη και σφάλματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ξαφνικά ξεσπάσματα θυμού και έντονο άγχος
- απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες τις δραστηριότητες της ζωής
- μεγάλη αλλαγή στη όρεξη για φαγητό, ανορεξία με σημαντική απώλεια βάρους ή βουλιμία με αύξηση του βάρους του σώματος
- αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος
- ψυχοκινητική επιβάρυνση ή διέγερση
- κόπωση και έλλειψη ενεργητικότητας
- ελαττωμένη ικανότητα για σκέψη ή συγκέντρωση της προσοχής
- υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου ή ιδέες για αυτοκτονία
- Μειωμένες ή ταραγμένες σωματικές κινήσεις
- Αδράνεια ή απόσυρση από τις συνήθειες δραστηριότητες

Συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να σημειωθούν και σε άλλες καταστάσεις όπως είναι

- Οργανικές ψυχικές διαταραχές (νόσος Alzheimer και πολυεμφρακτική άνοια)
- Κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και φαρμάκων που λαμβάνονται με ιατρική συνταγή από το φαρμακείο
- Δυσλειτουργική αντίδραση σε πένθος
- Διαταραχές της προσωπικότητας
- Αγχώδεις διαταραχές
- Σχιζο-συναισθηματικές διαταραχές
- Σχιζοφρένεια όλων των τύπων

(περισσότερα βλ. Ραγιά (2005) και Ευθυμίου κ.ά. (2006))

1.6 Οι τύποι της κατάθλιψης

Οι κύριοι τύποι κατάθλιψης είναι η Μείζουσα καταθλιπτική διαταραχή, Διπολικές διαταραχές(I και II), κυκλοθυμική διαταραχή και δυσθυμική διαταραχή. Ωστόσο υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον αριθμό των συμπτωμάτων, την σοβαρότητα και την εμμονή τους. Αναλυτικά λοιπόν έχουμε:

1.6.1. Μείζουσα καταθλιπτική διαταραχή

Πρόκειται για την κλασική σοβαρή διαταραχή που διαβρώνει σημαντικά τον ψυχισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου, όπως να εργαστεί, να μελετήσει, να κοιμηθεί, να φάει και να απολαύσει ευχάριστες δραστηριότητες όπως έκανε στο παρελθόν. Βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια, πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 από τα βασικά συμπτώματα, με διάρκεια τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Συχνά ονομάζεται και **μονοπολική**. Ο ασθενής δεν πρέπει να παρουσιάζει άλλα συμπτώματα όπως παραισθήσεις επί απουσία των συναισθηματικών μεταβλητών, οπότε και η κατάθλιψη θεωρείται η πρωτοπαθής διάγνωση. Εάν παρουσιάζονται π.χ. παραισθήσεις, η κατάθλιψη θεωρείται δευτεροπαθής, αποτέλεσμα, δηλαδή, κάποιας άλλης διαταραχής ψυχολογικής ή σωματικής φύσης (βλ. Ευθυμίου κ.ά.(2006)) (Ramachandran (1994))

Το 2012 ο Καλημέρης κατέταξε την μείζον κατάθλιψη ανάλογα με τη χρονική παράμετρο και την ένταση και την ποιότητα των συμπτωμάτων.

Κατάταξη Μείζουσας Κατάθλιψης ανάλογα με τη χρονική παράμετρο:

- **Μοναδικό επεισόδιο:** όταν υπάρχει μόνο ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στη ζωή του ασθενούς.
- **Υποτροπιάζουσα:** δύο ή περισσότερα μείζον καταθλιπτικά επεισόδια στη ζωή του ασθενούς. Στην προκειμένη περίπτωση οι δύο μεταβλητές είναι ο βαθμός υποχώρησης των συμπτωμάτων και η διάρκεια της φάσης επίλυσης του επεισοδίου.
- **Χρόνια:** η διάρκεια της κατάθλιψης χωρίς να έχει επέλθει ύφεση στα συμπτώματα είναι τουλάχιστον 2 χρόνια ή και περισσότερο. (βλ. Καλημέρης (2012))
- **Εποχιακή καταθλιπτική διαταραχή:** Αυτού του είδους η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε εποχή του χρόνου. Ωστόσο, σε μετρικούς ανθρώπους, εμφανίζεται τακτικά το χειμώνα, όταν οι μέρες είναι πιο μικρές και το φως λιγότερο. Όσοι ζούνε σε σημεία της γης όπου οι χειμώνες είναι μεγάλοι και σκοτεινοί, έχει ανακαλυφθεί πως οι διακοπές σε ηλιόλουστα και ζεστά μέρη μπορούν να βελτιώσουν τη διάθεσή τους. Κάποια άτομα τα βοήθη η φωτοθεραπεία, ενώ σε άλλες περιπτώσεις απαιτείται θεραπεία με αντικαταθλιπτικά για να ξεπεράσει κάποιος το χειμώνα και να φθάσει ως την άνοιξη χωρίς να υποφέρει υπερβολικά. (Tyrell, (2011)).

- **Επιλόχειος κατάθλιψη:** Εμφανίζεται μετά τη γέννα καθώς η εγκυμοσύνη και η γέννα είναι γεγονότα τα οποία εξασθενούν τη μητέρα σωματικά και συναισθηματικά. Επιπλέον, παρατηρούνται πολύ μεγάλες ορμονικές αλλαγές στο σώμα της μητέρας, και γνωρίζουμε ότι οι ορμόνες μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση. Ακόμη εμφανίζεται συναίσθημα συντριβής από το βάρος του νέου, ή του επιπλέον μωρού που πρέπει να φροντίζει και αμφιβολία για τη δυνατότητά της να είναι καλή μητέρα. Αίσθημα πίεσης από τις αλλαγές της ρουτίνας στην εργασία και το σπίτι. Μερικές φορές οι γυναίκες σκέφτονται ότι πρέπει να είναι "οι τέλειες μητέρες", γεγονός που δεν είναι ρεαλιστικό και προσθέτει επιπλέον άγχος, το οποίο συμβάλλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Παρατηρούνται επίσης φοβικά συναισθήματα απώλειας, της ταυτότητας της νέας μητέρας, ποια είναι τώρα και ποια ήταν πριν το νέο μωρό. Επίσης φόβοι απώλειας ελέγχου του μητρικού ρόλου, της προ – εγκυμοσύνης σιλουέτας και φόβος απώλειας της αίσθησης να είναι ελκυστική. Μείωση του ελεύθερου χρόνου και μείωση του ελέγχου της διάθεσης αυτού του χρόνου. Η ανάγκη για μεγαλύτερη παραμονή στο σπίτι βιώνεται από την μητέρα σαν "εγκλωβισμός" και μείωση του διαθέσιμου χρόνου για εργασία και διασκέδαση. Έχει διαπιστωθεί πως το 50 - 75% των γυναικών βιώνει μελαγχολία μετά τη γέννα. Οι περισσότερες γυναίκες το ξεπερνούν αλλά περίπου το 5 – 7,5% από αυτές θα χρειαστεί θεραπεία για επιλόχειο κατάθλιψη. Η επιλόχειος κατάθλιψη δεν είναι μια ασήμαντη νόσος. Μπορεί να καταστρέψει ένα γεγονός που θα έπρεπε να συνοδεύεται μόνο από χαρά και ευτυχία. Μπορεί να ζημιώσει μόνιμα τη σχέση της μητέρας και του παιδιού, αλλά και τις άλλες οικογενειακές σχέσεις. Στη χειρότερη περίπτωση, η μητέρα μπορεί να εγκαταλείψει, να τραυματίσει ή ακόμα και να σκοτώσει το παιδί της. (Tyrell (2011)).
- **Διπλή Κατάθλιψη** (δυσθυμία και μείζων κατάθλιψη ταυτοχρόνως): Στην περίπτωση αυτή κάποιος που ήταν ήδη αρκετά μελαγχολικός γίνεται πιο μελαγχολικός. Στην ιατρική ορολογία, η διπλή κατάθλιψη επέρχεται όταν ένα άτομο, το οποίο έχει ήδη δυσθυμία, υποφέρει από ένα επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, δηλαδή μια μορφή ηπιότερης, αλλά μεγαλύτερης διάρκειας κατάθλιψης. (βλ. Tyrell (2011))

Κατάταξη ανάλογα με την ένταση και την ποιότητα των συμπτωμάτων:

- **Μελαγχολική Κατάθλιψη:** πρόκειται για τη βαρύτερη μορφή κατάθλιψης με έντονα συμπτώματα, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά.
- **Ψυχωτική Κατάθλιψη:** επίσης σοβαρή μορφή στην κλινική εικόνα της οποίας συνυπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως για παράδειγμα ακουστικές ψευδαισθήσεις («φωνές») ή παραλήρημα, δηλαδή ένα σύνολο σκέψεων και πεποιθήσεων που δε συμβαδίζουν με τις επικρατούσες κοινωνικές και πολιτισμικές αντιλήψεις.
- **Κατατονική κατάθλιψη:** επίσης βαριά μορφή, ο ασθενής δεν αντιδρά σε εξωτερικά ερεθίσματα. (βλ. Καλημέρης (2012))
- **Άτυπη Κατάθλιψη** (χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα συμπτώματα): Η άτυπη κατάθλιψη είναι μια κατάθλιψη που έχει εκδηλώσεις και συμπτώματα διαφορετικά από αυτά που είναι τα συνηθισμένα χαρακτηριστικά της

καταθλιπτικής διαταραχής. Άτομα με άτυπη κατάθλιψη κοιμούνται περισσότερο, κερδίζουν βάρος αντί να χάνουν και τείνουν να είναι ιδιαιτέρως ευαίσθητα στην κριτική και στην απόρριψη.

- **Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους (κατάθλιψη σε άτομα άνω των 65):** Στην ουσία, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει από αυτή στους άλλους ενήλικες. Αλλά, η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα. Είναι σημαντικό αν ένας ηλικιωμένος έχει άλλα προβλήματα υγείας και υποφέρει από κατάθλιψη να λάβει αγωγή και γι' αυτήν. Η φθίνουσα υγεία, ο πόνος που γίνεται πιο δυνατός και η ανικανότητα, καθώς και η μοναξιά λόγω της πιθανής απώλειας του συντρόφου ή η κοινωνική απομόνωση, μπορούν να συνεισφέρουν στην 18 κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντικό η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπονεθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης. (βλ. Tyrell (2011)).

1.6.2. Διπολική Διαταραχή I & II

Ο όρος διπολική αναφέρεται στους 2 αντίθετους συναισθηματικούς πόλους ή καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν στην πορεία της διαταραχής. Η μία είναι η καταθλιπτική φάση, ενώ η άλλη είναι μια κατάσταση παθολογικά ανεβασμένης διάθεσης, ευφορίας. Περιλαμβάνει οπωσδήποτε μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια και κατά το πλείστον εναλλαγή τους με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (διπολική κατάθλιψη). Η μανία χαρακτηρίζεται από υπερ-κινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας. Η υπομανία είναι ένα σύνδρομο παρόμοιο με τη μανία, αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο και δεν επιβαρύνει σημαντικά τη λειτουργικότητα, αντιθέτως σε μερικές περιπτώσεις αυξάνει τη λειτουργικότητα του ατόμου και η φάση της βιώνεται ως θετική εμπειρία.

Πιο συγκεκριμένα το βασικό στοιχείο της **Διπολικής Διαταραχής I** (που λεγόταν παλαιότερα μανιοκαταθλιπτική νόσος), είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων Μανιακών ή Μεικτών επεισοδίων. (Το Μεικτό επεισόδιο είναι συνδυασμός Μανιακού και Καταθλιπτικού επεισοδίου). Τα άτομα με Διπολική Διαταραχή I έχουν και ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά επεισόδια.

Όσον αφορά την **Διπολική Διαταραχή II**, χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων Μείζον Καταθλιπτικών επεισοδίων που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα Υπομανιακό επεισόδιο. Σε αντίθεση με το Μανιακό επεισόδιο, ένα Υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Η συμπεριφορά των ατόμων αυτών τις περισσότερες φορές δεν γίνεται αντιληπτή από τους άλλους ως προβληματική αντίθετα μπορεί να θεωρούνται άτομα ιδιαίτερα ζωντανά και ενεργητικά. (περισσότερα βλ. Ευθυμίου κ.ά. (2006))

1.6.3. Δυσθυμία

Θεωρείται μία πιο ήπια μορφή κατάθλιψης καθ' ότι παρουσιάζεται με λιγότερα συμπτώματα απ' ότι το μείζων επεισόδιο. Το απαραίτητο χρονικό διάστημα για να τεθεί η διάγνωση είναι : εκδήλωση των συμπτωμάτων για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ημέρας, περισσότερες ημέρες εκδήλωσης των συμπτωμάτων από τις ημέρες μη-εκδήλωσης αυτών, για μια περίοδο τουλάχιστον 2 ετών. Μοιάζει με τη λεγόμενη εξωγενή κατάθλιψη. Ο ασθενής αισθάνεται μελαγχολικός, βαρύν ή έτοιμος να κλάψει, δυστυχής. Χαρακτηριστικά, η συναισθηματική κατάστασή του μεταβάλλεται εύκολα, από τη μια μέρα στην άλλη ή και μέσα στην ίδια ώρα. Ενώ μπορεί να κάνει τη δουλειά του και να αισθάνεται ήρεμος και αισιόδοξος, ξαφνικά αρχίζει να παραπονιέται ότι δεν τα καταφέρνει, εκφράζει οργή και απελπισία, του έρχονται δάκρυα ή ξεσπάει σε κλάμα. Συναισθήματα αυτομομφής, ανικανότητας, αναξιοτητας & απαισιοδοξίας είναι κατά κανόνα μέσα στην κλινική εικόνα, ενώ δεν υπάρχουν ψυχοκινητικά ή παραληρητικά φαινόμενα. Εμφανίζεται ύστερα από κάποιο ιδιαίτερα ανεπιθύμητο γεγονός γι' αυτό και αναφέρεται και ως αντιδραστική κατάθλιψη. Το εκλυτικό γεγονός συνδέεται με κάποια απωθημένη ψυχοσύγκρουση και υπάρχει αρκετό άγχος. Σύμφωνα με το αμερικανικό ταξινομικό σύστημα DSM-III-R, η συνύπαρξη δυσθυμίας με μείζων κατάθλιψη ονομάζεται "διπλή κατάθλιψη" και ενώ υποχωρεί η μείζων μορφή μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, η δυσθυμία επιμένει.(περισσότερα βλ. Oltamanns and Emery (1995))

1.6.4. Κυκλοθυμική Διαταραχή

Η κυκλοθυμία στη διπολική κατάθλιψη είναι η αντίστοιχη της δυσθυμίας στη μονοπολική. Χαρακτηρίζεται ως χρόνια διαταραχή του συναισθήματος, διάρκειας τουλάχιστον 2 ετών, η οποία εκδηλώνεται με αρκετά επεισόδια υπό μανίας και συχνές περιόδους καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Όπως και με τη δυσθυμία, τα κριτήρια της κυκλοθυμίας δεν επαρκούν για να καταταγεί ως μανία ή μείζων κατάθλιψη αλλά συχνά επιφέρει σοβαρές επιπλοκές στην κατάθλιψη (βλ. Oltamanns and Emery (1995))

1.6.5. Άλλες Καταθλιπτικές Διαταραχές

1. **Σχιζοφρένεια** Καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται σε περιόδους ύφεσης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (μεταψυχωτική κατάθλιψη).
2. **Ελάσσων κατάθλιψη:** Καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής έντασης και μικρής διάρκειας για τουλάχιστον 2 εβδομάδες.
3. **Βραχεία διαλείπουσα κατάθλιψη:** Καταθλιπτικά συμπτώματα όπως της μείζονος κατάθλιψης αλλά με μικρή διάρκεια 2 εβδομάδων το μέγιστο.
4. **Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή:** Καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής έντασης σε γυναίκες με έναρξη λίγες μέρες πριν την έμμηνο ρύση έως λίγες μέρες μετά.

5. **Διαταραχή Προσαρμογής με κατάθλιψη:** Καταθλιπτικά συμπτώματα ποικίλης έντασης και διάρκειας όχι πάνω από 2 μήνες που οφείλονται σε εξωγενή ψυχοπιεστικό παράγοντα.
6. **Καταθλιπτική Ψευδοάνοια:** Σύνδρομο με ηλικία εμφάνισης άνω των 50 ετών που μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων υπερτερεί η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών όπως η μνήμη, η προσοχή, η συγκέντρωση και προσομοιάζει με άνοια.
7. **Αγχώδης κατάθλιψη:** Έντονη η παρουσία του άγχους μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.
8. **Δευτεροπαθής ονομάζεται η κατάθλιψη στις εξής περιπτώσεις:**
 - Διάφορες σωματικές νόσοι προκαλούν τις νευροδιαβιβαστικές διαταραχές της κατάθλιψης στον εγκέφαλο π.χ. νεοπλάσματα, σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία, παθήσεις του θυρεοειδούς αδένος, έμφραγμα μυοκαρδίου και πληθώρα άλλων.
 - Η χρήση διάφορων φαρμάκων προκαλεί τις νευροδιαβιβαστικές διαταραχές της κατάθλιψης στον εγκέφαλο π.χ. κορτιζόνη, κάποια καρδιολογικά, νευρολογικά, χημειοθεραπευτικά και πολλά άλλα φάρμακα.
 - Η χρήση αλκοόλ ή απαγορευμένων ψυχοτρόπων ουσιών προκαλεί τις νευροδιαβιβαστικές διαταραχές της κατάθλιψης στον εγκέφαλο. (περισσότερα βλ. Καλημέρης (2012))

1.7 Αίτια της κατάθλιψης

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι που να δείχνουν την εκδήλωση της κατάθλιψης. Διάφορες έρευνες έχουν εντοπίσει συγκεκριμένους παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής. Η κατάθλιψη θεωρείται λοιπόν το τελικό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που αλληλεπιδρούν με την ιδιοσυστασία κάθε ατόμου. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της κατάθλιψης δεν είναι αντικρουόμενες αλλά συμπληρώνουν η μία την άλλη. (βλ. Ευθυμίου κ.ά. (2006))

Ορισμένοι από τους κυριότερους παράγοντες, που θεωρούνται αίτια της κατάθλιψης, είναι οι εξής:

1.7.1. Γενετικοί παράγοντες

Η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης είναι αυξημένη σε ένα άτομο όταν στενοί συγγενείς του έχουν κατάθλιψη, και ιδιαίτερα όταν η κατάθλιψη είναι σοβαρή ή χρόνια. Έρευνες έχουν δείξει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες οι οποίοι μπορεί να κληρονομούνται. Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες, διάφορα γονίδια εμπλέκονται στη μεταβίβαση χαρακτηριστικών και αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να εμφανίσει κατάθλιψη. (βλ. Ευθυμίου κ.ά. (2006))

Σε **μελέτες οικογενειών** που έχουν γίνει στο παρελθόν διαπιστώθηκε επανειλημμένα ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς των ατόμων-δεικτών που πάσχουν από διπολική διαταραχή I εμφανίζουν, σε σχέση με τους συγγενείς των μαρτύρων, 8-18 φορές συχνότερα διπολική διαταραχή I, και 2-10 φορές συχνότερα μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων-δεικτών που πάσχουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζουν 1,5-2,5 φορές συχνότερα από ότι πρώτου βαθμού συγγενείς των φυσιολογικών μαρτύρων διπολική διαταραχή I, και 2-3 φορές συχνότερα μείζονα καταθλιπτική διαταραχή σε σχέση πάντοτε με τους πρώτου βαθμού συγγενείς των φυσιολογικών μαρτύρων. Έχει ακόμα διαπιστωθεί ότι η πιθανότητα ύπαρξης διαταραχής της διάθεσης μειώνεται, καθώς ο βαθμός συγγένειας γίνεται λιγότερο κοντινός. Η κληρονομικότητα στη διπολική διαταραχή I φαίνεται επίσης από το γεγονός ότι το 50% περίπου του συνόλου των αρρώστων που εμφανίζουν διπολική διαταραχή I, έχει τουλάχιστον ένα γονέα που πάσχει από διαταραχή της διάθεσης, συχνότερα μάλιστα από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Εάν ένας γονέας έχει διπολική διαταραχή I, υπάρχουν 25% πιθανότητες για το κάθε παιδί να εμφανίσει κάποια διαταραχή της διάθεσης. Εάν και οι δύο γονείς πάσχουν από διπολική διαταραχή I τότε οι πιθανότητες για το κάθε παιδί ανέρχονται σε 50 έως 75%.

Διάφορες **μελέτες σύνδεσης** έχουν επιβεβαιώσει στο παρελθόν συσχετισμούς ανάμεσα σε ειδικά καθορισμένα γονίδια ή γενετικούς δείκτες και σε μια από τις διαταραχές της διάθεσης αλλά όχι με σταθερότητα. Η λογικότερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων των μελετών είναι ότι το συγκεκριμένο γονίδιο που εντοπίζεται στις θετικές μελέτες, μπορεί να εμπλέκεται στη γενετική κληρονομικότητα των διαταραχών της διάθεσης των οικογενειών που μελετώνται. Πιθανών όμως αυτό να μην συμβαίνει στη γενετική κληρονομικότητα των διαταραχών της διάθεσης άλλων οικογενειών. Συσχετισμοί ανάμεσα στις διαταραχές της διάθεσης και σε γενετικούς δείκτες, έχουν αναφερθεί για τα χρωμοσώματα 5, 11 και X. Το γονίδιο του υποδοχέα D1 βρίσκεται στο χρωμόσωμα 5. Το γονίδιο για την υδροξυλάση της τυροσίνης, του ένζυμου που καθορίζει το ρυθμό της σύνθεσης των κατεχολαμινών, βρίσκεται στο χρωμόσωμα 11. (περισσότερα βλ. Ρουσοδήμου (2008)).

Χρωμόσωμα 11 και Διπολική Διαταραχή I. Το 1987 σε μία μελέτη που αφορούσε τα μέλη μιας οικογένειας Amish, (πληθυσμός ιδιαίτερα κλειστός στις επιγαμίες), η οποία ακολουθούσε το παλαιό δόγμα, αναφέρθηκε ένας συσχετισμός μεταξύ της διπολικής διαταραχής I και γενετικών δεικτών του βραχέως βραχίονα του χρωμοσώματος 11. Όταν μελετήθηκαν τα μέλη των οικογενειών του ίδιου γενεαλογικού δέντρου, στα οποία δεν είχε παρατηρηθεί διπολική διαταραχή I, για το ενδεχόμενο ανάπτυξης της διαταραχής, αυτός ο στατιστικός συσχετισμός έπαψε να ισχύει. Η πορεία αυτών των παρατηρήσεων δείχνει πόσο προσεκτικά πρέπει να διεξάγονται οι μελέτες σύνδεσης στις ψυχικές διαταραχές, και πόσο επίσης προσεκτικά θα πρέπει να ερμηνεύονται τα στοιχεία που προκύπτουν από τέτοιες έρευνες.

Χρωμόσωμα X και Διπολική Διαταραχή I. Έχει από παλιά διατυπωθεί η υπόθεση ύπαρξης κάποιας σύνδεσης ανάμεσα στη διπολική διαταραχή I και σε κάποια περιοχή του χρωμοσώματος X, το οποίο περιέχει τα γονίδια τα υπεύθυνα για την αχρωματοψία και την ανεπάρκεια της γλυκοζο-6-φωσφορικής αφθδρογονάσης. Όπως και με τις περισσότερες μελέτες σύνδεσης στην ψυχιατρική, η εφαρμογή τεχνικών μοριακής γενετικής έχει δώσει αντιφατικά αποτελέσματα. Ορισμένες μελέτες διαπιστώνουν την ύπαρξη κάποιας σύνδεσης, ενώ άλλες όχι. συντηρητικότερη ερμηνεία εξακολουθεί να είναι ότι υπάρχει πιθανότητα ένα συνδεδεμένο με το X

χρωμόσωμα γονίδιο να αποτελεί ένα παράγοντα στην ανάπτυξη διπολικής διαταραχής I σε ορισμένους αρρώστους και ορισμένες οικογένειες. (Ρουσοδήμου (2008) και Maj, M. and Sartorius, N. (2002)).

1.7.2. Βιολογικοί παράγοντες.

Έχει βρεθεί ότι μερικές ασθένειες μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Επιστημονικές έρευνες συνδέουν τη λειτουργία των **νευροδιαβιβαστών** με την κατάθλιψη. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος δύο νευροδιαβιβαστών, της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης. Οι ασθένειες αυτές δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Τέτοιες παθήσεις είναι οι εξής:

- Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός.
- Λοιμώξεις που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, όπως το Aids και η λοιμώδης μονοπυρήνωση.
- Μερικές μορφές καρκίνου (π.χ παγκρέατος). Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, τα στεροειδή και ουσίες όπως το αλκοόλ και το χασίς προκαλούν κατάθλιψη. Όπως φαίνεται από τα παραπάνω η διερεύνηση του ιατρικού ιστορικού του ατόμου είναι απαραίτητη για την διάγνωση της κατάθλιψης.
- Μακροχρόνιος πόνος
- Προβλήματα ύπνου (βλ. Ευθυμίου κ.ά. (2006))

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών αναφέρει διάφορες διαταραχές στους μεταβολίτες των βιογενών αμινών στο αίμα, τα ούρα και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό, αρρώστων με διαταραχές της διάθεσης. Τα συμπεράσματα κατέληξαν ότι οι διαταραχές της διάθεσης συνδέονται με ετερογενείς διαταραχές της ρύθμισης του συστήματος των βιογενών αμινών.

Βιογενείς αμινες. Η **νορεπινεφρίνη** και η **σεροτονίνη** είναι οι πλέον ενοχοποιημένοι νευροδιαβιβαστές στη παθοφυσιολογία των διαταραχών της διάθεσης. Σε πειραματικά μοντέλα με ζώα, όλες οι αποτελεσματικές βιολογικές αντικαταθλιπτικές θεραπείες, που έχουν ελεγχθεί, σχετίζονται με μείωση της ευαισθησίας των μετασυναπτικών β-αδρενεργικών και των τύπου 2 σεροτονινεργικών (5-HT₂) υποδοχέων, μετά από χρόνια θεραπεία, αν και δεν είναι οι μόνες αλλαγές που έχουν αναφερθεί ως αποτέλεσμα της χρόνιας θεραπείας με αυτά τα φάρμακα. Ο χρόνος που μεσολαβεί για να εμφανιστούν αυτές οι αλλαγές των υποδοχέων στα μοντέλα ζώων, αντιστοιχεί στην καθυστέρηση 1-3 εβδομάδων που παρατηρείται συνήθως στην κλινική βελτίωση των αρρώστων. Εκτός από τα σχετικά με τη νορεπινεφρίνη, τη σεροτονίνη και τη ντοπαμίνη ευρήματα, υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι στις διαταραχές της διάθεσης υπάρχει ανωμαλία στη ρύθμιση της ακετυλοχολίνης.

Νορεπινεφρίνη. Η αντιστοιχία, που υποστηρίχθηκε από μελέτες των βασικών επιστημών, ανάμεσα στην προς τα κάτω ρύθμιση των β-αδρενεργικών υποδοχέων και στην κλινική απάντηση στα αντικαταθλιπτικά είναι πιθανόν το πλέον αδιαμφισβήτητο στοιχείο που δείχνει έναν άμεσο ρόλο του νοραδρενεργικού συστήματος στην κατάθλιψη. Άλλοι τύποι στοιχείων έχουν εμπλέξει στην κατάθλιψη και τους

προσυναπτικούς α2-αδρενεργικούς υποδοχείς, δεδομένου ότι η ενεργοποίηση αυτών των υποδοχέων έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του ποσού της απελευθερούμενης νορεπινεφρίνης. Προσυναπτικοί α2- αδρενεργικοί υποδοχείς υπάρχουν και στους σεροτονινεργικούς νευρώνες και ρυθμίζουν το ποσό της απελευθερούμενης σεροτονίνης. Η ύπαρξη σχεδόν καθαρά νοραδενεργικών φαρμάκων (π.χ. της δεσιπραμίνης) είναι ένα επιπλέον υποστηρικτικό στοιχείο για το ρόλο της νορεπινεφρίνης στην παθοφυσιολογία της γένεσης, τουλάχιστον, των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

Σεροτονίνη. Μετά από τα σημαντικά αποτελέσματα που παρουσίασαν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης οι ειδικοί αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI, Serotonin-specific Reuptake Inhibitors, π.χ. φλουοξετίνη) η σεροτονίνη αποτελεί πια τη νευροδιαβιβαστική βιογενή αμίνη που συνδέεται συχνότερα με την κατάθλιψη. ταυτοποίηση πολλών υποομάδων υποδοχέων της σεροτονίνης, έχει επίσης προκαλέσει το ενδιαφέρον της ερευνητικής κοινότητας ως προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης πλέον εξειδικευμένων θεραπειών της κατάθλιψης. Εκτός όμως από το γεγονός ότι οι SSRI, όπως και άλλα σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά, είναι αποτελεσματικά φάρμακα στην θεραπεία της κατάθλιψης, υπάρχουν επιπρόσθετα στοιχεία που υποδεικνύουν τη συμμετοχή της σεροτονίνης στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης. Έτσι, η εξάντληση των αποθεμάτων της σεροτονίνης μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση κατάθλιψης. Ορισμένοι άρρωστοι με τάσεις αυτοκτονίας έχουν χαμηλές συγκεντρώσεις μεταβλητών της σεροτονίνης στο ΕΝΥ(εγκεφαλονωτιαίο υγρό) και χαμηλές συγκεντρώσεις θέσεων πρόσληψης της σεροτονίνης στα αιμοπετάλια, όπως απεικονίζονται από τη σύνδεση της ιμιπραμίνης (Tofranil) στα αιμοπετάλια. Μερικοί καταθλιπτικοί άρρωστοι έχουν επίσης μη φυσιολογικές νευροενδοκρινικές απαντήσεις -π.χ. αυξητική ορμόνη, η προλακτίνη και η φλοιοεπινεφριδιοτρόπος (ACTH)- όταν τους χορηγούνται σεροτονινεργικοί παράγοντες. Αν και τα υπάρχοντα σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά δρουν κυρίως μέσω του αποκλεισμού της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, οι μελλοντικές γενιές των αντικαταθλιπτικών μπορεί να έχουν διαφορετικές επιδράσεις στο σύστημα της σεροτονίνης, όπως η δράση των ανταγωνιστών του τύπου 2 υποδοχέα της σεροτονίνης (π.χ. νεφαζοδόνη) και των αγωνιστών του τύπου 1^A υποδοχέα της σεροτονίνης (5-HT1A) (π.χ. η ισαπιρόνη).

Σύμφωνα μάλλον με τη μείωση των σεροτονινεργικών υποδοχέων, που ακολουθεί τη χρόνια έκθεση σε αντικαταθλιπτικά, είναι η μείωση του αριθμού των θέσεων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, που εκτιμάται με μέτρηση της δέσμευσης της H3-ιμιπραμίνης, όπως και η αύξηση της συγκέντρωσης της σεροτονίνης που βρέθηκε σε νεκροψίες εγκεφάλων θυμάτων αυτοκτονίας. Έχει ακόμα αναφερθεί μείωση της δέσμευσης της τριτωμένης ιμιπραμίνης στα αιμοπετάλια ορισμένων ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη.(βλ. Ρούσοδήμου (2008) και Ingram (2009))

Ντοπαμίνη. Αν και η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη είναι οι βιογενείς άμυνες που συχνότερα συνδέονται με την παθο-φυσιολογία της κατάθλιψης, η ντοπαμίνη έχει επίσης θεωρηθεί ότι παίζει ρόλο στην κατάθλιψη. Τα στοιχεία συνηγορούν υπέρ του ότι η δραστηριότητα της ντοπαμίνης ίσως να είναι μειωμένη στην κατάθλιψη και αυξημένη στην μανία. ανακάλυψη νέων υποομάδων υποδοχέων της ντοπαμίνης και η μεγαλύτερη κατανόηση που έχει επιτευχθεί, σε σχέση με την προσυναπτική και τη μετασυναπτική ρύθμιση της ντοπαμινικής λειτουργίας, έχουν εμπλουτίσει την έρευνα γύρω από τη σχέση της ντοπαμίνης με τις διαταραχές της διάθεσης. Τα φάρμακα που μειώνουν τις συγκεντρώσεις της ντοπαμίνης - π.χ. η ρεζεργίνη (Serpasil) - όπως και τα νοσήματα που μειώνουν τις συγκεντρώσεις της ντοπαμίνης (π.χ. η νόσος του

Parkinson) συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επίσης τα φάρμακα που αυξάνουν τις συγκεντρώσεις της ντοπαμίνης - π.χ. η τυροσίνη, η αμφεταμίνη, η βουπροπιόνη - μειώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δυο πρόσφατες θεωρίες σχετικά με την ντοπαμίνη και την κατάθλιψη, διατυπώνουν την υπόθεση μιας πιθανής δυσλειτουργικότητας της μεσολιμπιντικής ντοπαμινικής οδού στην κατάθλιψη, όπως και την υπόθεση της μειωμένης δραστηριότητας του τύπου 1 ντοπαμινικού υποδοχέα (D1). (βλ. Ρουσοδήμου (2008) και Ingram (2009))

Άλλοι νευροχημικοί παράγοντες. Αν και τα στοιχεία δεν είναι οριστικά σε αυτό το σημείο, ορισμένα αμινοξέα νευροδιαβιβαστές [ειδικά το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA)] και τα νευροενεργά πεπτίδια (ειδικά η βασοπρεσίνη και τα ενδογενή οπιοειδή), έχουν εμπλακεί στην παθοφυσιολογία ορισμένων διαταραχών της διάθεσης. Μερικοί ερευνητές έχουν διατυπώσει την υπόθεση ότι συστήματα δεύτερων αγγελιοφόρων - όπως η αδενυλκυκλάση, η φωσφατιδική ινοσιτόλη η ρύθμιση ασβεστίου - πιθανών να έχουν αιτιολογική σχέση με τις διαταραχές της διάθεσης.(Ρουσοδήμου (2008))

Νευροενδοκρινική ρύθμιση. Έχουν αναφερθεί διάφορες διαταραχές στη νευροενδοκρινική ρύθμιση των αρρώστων με διαταραχές της διάθεσης. Παρά το ότι είναι θεωρητικά πιθανό να ενέχεται στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης μια ειδική διαταραχή της ρύθμισης ενός νευροενδοκρινικού άξονα (π.χ. του θυρεοειδικού του επινεφριδιακού άξονα), είναι πιθανότερο οι διαταραχές αυτές να αντανakλούν μια θεμελιώδη υποκείμενη εγκεφαλική διαταραχή. Στη ρύθμιση των νευροενδοκρινικών αξόνων τον κεντρικό ρόλο έχει υποθάλαμος, οποίος δέχεται πολλαπλές νευρωνικές εισόδους που χρησιμοποιούν ως νευροδιαβιβαστές βιογενή αμίνες. Ως εκ τούτου, είναι πιθανόν η ανωμαλία στη ρύθμιση των νευροενδοκρινικών αξόνων να είναι αποτέλεσμα της διαταραγμένης λειτουργίας των νευρώνων που περιέχουν βιογενής αμίνες. Οι νευροενδοκρινικοί άξονες που συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον στις διαταραχές της διάθεσης, είναι επινεφριδιακός, θυρεοειδικός και άξονας της αυξητικής ορμόνης. Άλλες νευροενδοκρινικές ανωμαλίες οι οποίες έχουν περιγράψει σε αρρώστους με διαταραχές της διάθεσης είναι η μείωση της νυκτερινής έκκρισης μελατονίνης, η μείωση της απελευθέρωσης προλακτίνης μετά από χορήγηση τρυπτοφάνης, η μείωση των βασικών επιπέδων της θυλακιοτρόπου (FSH) και της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) και η μείωση των επιπέδων της τεστοστερόνης στους άντρες. (βλ. Ρουσοδήμου (2008) και Ingram (2009))

Επινεφριδιακός Άξονας. Μια από τις παλαιότερες παρατηρήσεις στη βιολογική ψυχιατρική είναι η ύπαρξη αντιστοιχίας ανάμεσα στην κατάθλιψη και στην υπερέκκριση κορτιζόλης. βασική και η κλινική έρευνα αναφορικά με αυτή τη σχέση είχε ως αποτέλεσμα την κατανόηση του τρόπου ρύθμισης της έκκρισης κορτιζόλης τόσο στα φυσιολογικά, όσο και στα καταθλιπτικά άτομα. Ορισμένοι νευρώνες του παρακοιλιακού πυρήνα (paraventricular nucleus - PVN) απελευθερώνουν την CRH (ορμόνη απελευθέρωσης της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου), η οποία διεγείρει την έκκριση φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH) στην πρόσθια υπόφυση (η ACTH απελευθερώνεται ταυτόχρονα με τη β-ενδορφίνη και τη β- λιποτροπίνη, δυο πεπτίδια τα οποία συντίθενται από την ίδια πρόδρομο πρωτεΐνη από την οποία συντίθεται και η ACTH). ACTH με τη σειρά της διεγείρει την απελευθέρωση κορτιζόλης από το φλοιό των επινεφριδίων. ανάδραση της κορτιζόλης σε αυτό το τόξο λειτουργεί μέσω τουλάχιστον δύο μηχανισμών: (α) ένα μηχανισμό ταχείας ανάδρασης, οποίος είναι ευαίσθητος στον ρυθμό αύξησης της συγκέντρωσης κορτιζόλης και λειτουργεί μέσω των υποδοχέων της που υπάρχουν στον υπόκαμπο, έχοντας ως αποτέλεσμα μείωση

της έκκρισης ACTH και (β) ένα μηχανισμό βραδείας ανάδρασης, οποίος είναι ευαίσθητος στις συγκεντρώσεις σταθερής κατάστασης της κορτιζόλης και θεωρείται ότι δρα μέσω υποφυσιακών και επινεφριδιακών υποδοχέων.

Δοκιμασία καταστολής της κορτιζόλης με χρήση δεξαμεθαζόνης. Η δεξαμεθαζόνη είναι ένα συνθετικό ανάλογο της κορτιζόλης. Πολλοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι ένα σημαντικό ποσοστό, ίσως το 50%, των καταθλιπτικών αρρώστων δεν εμφανίζει φυσιολογική καταστολή κορτιζόλης ως απάντηση σε εφάπαξ δόση δεξαμεθαζόνης. Αν και αυτή η δοκιμασία, δηλαδή της καταστολής της κορτιζόλης με χρήση δεξαμεθανόζης (DST-dexamethanose-suppression test), είχε αρχικά θεωρηθεί ότι μπορεί να έχει διαγνωστική χρησιμότητα, αυτό διαψεύσθηκε, και τούτο γιατί πολλοί άρρωστοι με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές εμφανίζουν επίσης θετικό αποτέλεσμα (δηλαδή μη καταστολή της κορτιζόλης) στο DST. Νεότερα δεδομένα, ωστόσο, δείχνουν ότι το DST ίσως να αντιστοιχεί σε αυξημένη πιθανότητα υποτροπής. Οι καταθλιπτικοί άρρωστοι των οποίων το DST δεν διορθώνεται με την κλινική απάντηση στη θεραπεία, είναι πιο πιθανό να υποτροπιάσουν σε σχέση με τους καταθλιπτικούς ασθενείς, των οποίων το DST γίνεται φυσιολογικό μαζί με την κλινική απάντηση. Έρευνα έχει δείξει την ύπαρξη τουλάχιστον δυο προβλημάτων με το DST. Πρώτον, υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στα αποτελέσματα του DST, η οποία αντιστοιχεί σε διαφοροποίηση του τρόπου με τον οποίο μεταβολίζεται η δεξαμεθαζόνη. Δεύτερον, με το δεδομένο ότι η δεξαμεθαζόνη φαίνεται να έχει το μέγιστο των αποτελεσμάτων της στους υποφυσιακούς υποδοχείς, το DST δεν εκτιμά αποτελεσματικά τη λειτουργική κατάσταση των υποδοχέων της κορτιζόλης που βρίσκονται σε άλλες θέσεις του άξονα μεχαιχμιακό σύστημα - υποθάλαμος - υπόφυση - επινεφρίδια (LHPA). Στην πιο πρόσφατη έρευνα, που ασχολήθηκε με την αξιολόγηση του ρόλου του άξονα LHPA στην κατάθλιψη, χορηγείται κορτιζόλη σε καταθλιπτικά και σε φυσιολογικά άτομα(μάρτυρες). κορτιζόλη, η φυσιολογικά υπάρχουσα ορμόνη, είναι καταλληλότερη ουσία για τον έλεγχο της κατάθλιψης από ότι η δεξαμεθανόζη, γιατί η τελευταία δεν φτάνει σε όλους τους αντίστοιχους υποδοχείς δεν τους ενεργοποιεί όλους. Σε μια μελέτη βρέθηκε ότι οι καταθλιπτικοί άρρωστοι εμφανίζουν βλάβη στην λειτουργία της αγκύλης ταχείας ανάδρασης, γεγονός που σημαίνει ότι τουλάχιστον μερικά καταθλιπτικά άτομα εμφανίζουν μη φυσιολογική λειτουργία στους υποδοχείς κορτιζόλης του ιππόκαμπου. Με δεδομένη τη διαπίστωση ορισμένων ερευνητών ότι η υπερκορτιζολαιμία μπορεί να προκαλέσει βλάβες στους νευρώνες του ιππόκαμπου, ένας κύκλος οποίος περιλαμβάνει στρες, διέγερση της έκκρισης κορτιζόλης και αδυναμία διακοπής της έκκρισής της μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της βλάβης του ήδη βεβλαμμένου ιππόκαμπου.(Ramachandran (2012) and Maj and Sartorius (2002))

Θυρεοειδικός άξονας. Οι θυρεοειδικές διαταραχές συνδέονται συχνά με συγκινησιακά συμπτώματα. Διάφορες έρευνες έχουν διαπιστώσει παθολογική λειτουργία του θυρεοειδικού άξονα σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης. Μια άμεση και καθοριστικής σημασίας κλινική συνεπαγωγή αυτής της σύνδεσης είναι ότι όλοι οι άρρωστοι που εμφανίζουν συγκινησιακές διαταραχές θα πρέπει να ελέγχονται, προκειμένου να προσδιοριστεί η θυρεοειδική τους κατάσταση. Ένα σταθερό εύρημα των διαφόρων μελετών είναι ότι περίπου το 1/3 του συνόλου των αρρώστων που εμφανίζουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και οι οποίοι έχουν φυσιολογικό, κατά τα άλλα, θυρεοειδικό άξονα, παρουσιάζουν άμβλυνση της απελευθέρωσης θυρεοειδοτροπίνης, της ορμόνης που διεγείρει του θυρεοειδή (TSH), μετά από έγχυση ορμόνης απελευθέρωσης της θυρεοειδοτρόπου (TRH). ύπαρξη αυτής της διαταραχής έχει αναφερθεί και σε αρρώστους που εντάσσονται σε ένα ευρύ φάσμα άλλων

ψυχιατρικών διαγνώσεων, γεγονός που περιορίζει τη διαγνωστική χρησιμότητα αυτής της δοκιμασίας. Επιπλέον, οι προσπάθειες ταξινόμησης των καταθλιπτικών ασθενών σε υποκατηγορίες, ανάλογα με την απάντησή τους στη δοκιμασία TRH, έδωσαν αλληλοαναιρούμενα αποτελέσματα. Τα τελευταία χρόνια η έρευνα εστιάζεται στο ενδεχόμενο ύπαρξης μη αναγνωρισμένης αυτοάνοσης διαταραχής, σε μια υποκατηγορία καταθλιπτικών αρρώστων, η οποία επηρεάζει τη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος. Σε ορισμένες μελέτες έχει αναφερθεί ότι περίπου το 10% των αρρώστων με διαταραχές της διάθεσης (ιδιαίτερα αυτών που πάσχουν από διπολική διαταραχή I), παρουσιάζει ανιχνεύσιμες συγκεντρώσεις αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων. Το κατά πόσο τα αντισώματα συνδέονται παθοφυσιολογικά με την κατάθλιψη δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί. Μια άλλη πιθανή σύνδεση μπορεί να βρίσκεται ανάμεσα στον υποθυρεοειδισμό και στην ανάπτυξη ταχυφασικής πορείας στους αρρώστους με διπολική διαταραχή I. Τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα, αυτή τη στιγμή, δείχνουν ότι αυτή η σύνδεση είναι ανεξάρτητη από τα αποτελέσματα της θεραπείας με λίθιο. (Maj, M. and Sartorius, N. (2002) και. Ingram (2009)).

Αυξητική Ορμόνη. Είναι αρκετές οι μελέτες όπου έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ καταθλιπτικών αρρώστων και φυσιολογικών ατόμων, στη ρύθμιση της απελευθέρωσης της αυξητικής ορμόνης. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν άμβλυνση της προκαλούμενης από τον ύπνο αυξητικής ορμόνης. Δεδομένου ότι οι διαταραχές του ύπνου είναι κοινό σύμπτωμα στην κατάθλιψη, ένας σχετικός με τον ύπνο νευροενδοκρινικός δείκτης είναι ένας ευρύς ερευνητικός δρόμος. Σε άλλες επίσης μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι καταθλιπτικοί άρρωστοι εμφανίζουν αβληχρά απάντηση στην προκαλούμενη από την κλονιδίνη (Catapressan) αύξηση της απελευθέρωσης της αυξητικής ορμόνης. (Maj, M. and Sartorius, N. (2002)).

Kindling. Το kindling είναι η ηλεκτροφυσιολογική διεργασία κατά την οποία επαναλαμβανόμενα κάτωθεν του οδού ερεθίσματα ενός νευρώνα, παράγουν τελικά ένα ενεργό δυναμικό. Σε επίπεδα οργάνου, επαναλαμβανόμενα κάτωθεν του οδού ερεθίσματα σε μια περιοχή του εγκεφάλου έχουν ως αποτέλεσμα την παραγωγή επιληπτικής κρίσης. Η κλινική παρατήρηση ότι τα αντιεπιληπτικά [π.χ. η καρβαμαζεπίνη (Tegretol) και το βαλπροϊκό οξύ (Depakine)] είναι μερικές φορές χρήσιμα στη θεραπεία των διαταραχών της διάθεσης, ειδικά στη διπολική διαταραχή, έδωσε βάση στη θεωρία ότι στην παθοφυσιολογία των διαταραχών της διάθεσης μπορεί να ενέχεται kindling των κροταφικών λοβών. (βλ. Ingram (2009))

Νευροανοσολογική ρύθμιση. Ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν ανοσολογικές ανωμαλίες σε καταθλιπτικά άτομα, όπως επίσης και σε άτομα που πενθούν την απώλεια συγγενή, συζύγου κοντινού φίλου. Είναι πιθανό, η διαταραχή στη ρύθμιση του άξονα της κορτιζόλης να επηρεάζει την ανοσολογική κατάσταση. Όπως επίσης να υπάρχει παθολογική υποθαλαμική ρύθμιση του ανοσολογικού συστήματος. Ένα λιγότερο πιθανό ενδεχόμενο είναι ότι σε ορισμένους αρρώστους μια πρωτογενή παθοφυσιολογική διεργασία, που αφορά στο ανοσοποιητικό σύστημα, οδηγεί και στα ψυχιατρικά συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης.

Απεικόνιση του εγκεφάλου. Οι μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου σε ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης έχουν δώσει μια σειρά μη οριστικών στοιχείων, σε σχέση με την παθολογική εγκεφαλική λειτουργία των ατόμων με αυτές τις διαταραχές. Κανένα στοιχείο προερχόμενο από τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου σε αρρώστους που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης δεν έχει επιβεβαιωθεί, με την ίδια σταθερότητα που επιβεβαιώνεται το εύρημα του αυξημένου μεγέθους των κοιλιών των σχιζοφρενικών αρρώστων. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες

δομικής απεικόνισης του εγκεφάλου με χρήση αξονικής (CT) μαγνητικής τομογραφίας (ΜΚΟ έχουν δώσει ενδιαφέροντα στοιχεία. Αν και τα ευρήματα των μελετών δεν είναι σταθερά, εντούτοις υποδηλώνουν σαφώς τα εξής: (1) σημαντική ομάδα αρρώστων με διπολική διαταραχή Ι, κυρίως άντρες, έχουν διευρυμένες εγκεφαλικές κοιλίες, (2) η διεύρυνση των κοιλιών είναι πολύ λιγότερο συνήθης σε αρρώστους με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή από ότι σε αρρώστους με διπολική διαταραχή Ι. Εξαίρεση σε αυτή τη δεύτερη παρατήρηση αποτελεί το ότι οι άρρωστοι που εμφανίζουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με ψυχωτικά χαρακτηριστικά, έχουν την τάση να εμφανίζουν διευρυμένες κοιλίες εγκεφάλου. Οι μελέτες μαγνητικής τομογραφίας αποκαλύπτουν επίσης ότι οι ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχουν μικρότερους κερκοφόρους πυρήνες και μικρότερους μετωπιαίους λοβούς από ότι τα άτομα στις ομάδες ελέγχου. Οι καταθλιπτικοί εμφανίζουν επίσης παθολογικούς χρόνους επαναφοράς στη ακολουθία ΤΙ στον ιπόκαμπο συγκριτικά με τα άτομα των ομάδων ελέγχου. Σε τουλάχιστον μία μελέτη με μαγνητική τομογραφία αναφέρθηκε ότι οι άρρωστοι με διπολική διαταραχή Ι έχουν σημαντικά περισσότερες αλλοιώσεις της εν τω βάθει λευκής ουσίας σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Υπάρχουν πολλές αναφορές που εστιάζουν στις διαταραχές της διάθεσης σε σχέση με την εγκεφαλική αιματική ροή, όπως αυτή μετριέται με τη χρήση SPECT(single photon emission tomography) PET(positron emission tomography). Περισσότερες από τις μισές μελέτες αναφέρουν μείωση της αιματικής ροής, η οποία επηρεάζει γενικά τον εγκεφαλικό φλοιό και ειδικότερα τις μετωπιαίες φλοιικές περιοχές. Σε μια όμως μελέτη διαπιστώθηκε αντί μείωσης, αύξηση της εγκεφαλικής αιματικής ροής σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Σε αυτή τη μελέτη διαπιστώθηκαν αυξήσεις εξαρτώμενες από την κατάσταση (statedependent) στο φλοιό, στα βασικά γάγγλια και στο μεσοθάλαμο, όπως και κάποια υποψία αύξησης εξαρτώμενης από την ιδιοσυγκρασία (traitdependent) στην αμυγδαλή. Μια άλλη τεχνική απεικόνισης του εγκεφάλου, η οποία έχει αρχίσει να εφαρμόζεται στη διερεύνηση ενός ευρέος φάσματος ψυχικών διαταραχών είναι η MRS (magnetic resonance spectroscopy). Οι μελέτες αρρώστων με διπολική διαταραχή Ι, με τη χρήση MRS, έχουν δώσει στοιχεία συμβατά με την υπόθεση ότι η παθοφυσιολογία αυτής της διαταραχής μπορεί να εμπλέκει κάποια ανωμαλία στη ρύθμιση του μεταβολισμού των φωσφολιπιδίων της μεμβράνης. Μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε MRS σε ζώα στα οποία είχε χορηγηθεί λίθιο, έχουν δείξει τη δράση του λιθίου στα φωσφολιπίδια. Μια άλλη εφαρμογή της MRS στη διπολική διαταραχή Ι είναι η χρήση Li7 MRS, προκειμένου να μελετηθούν οι συγκεντρώσεις του λιθίου στο πλάσμα και στον εγκέφαλο ασθενών. Σε αυτές τις μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι συγκεντρώσεις λιθίου στον εγκέφαλο, μετά περίπου 1 βδομάδα θεραπείας, αντιστοιχούν στο 40% των συγκεντρώσεων του λιθίου στο πλάσμα. (Maj, M. and Sartorius, N. (2002) και. Ingram (2009)).

Νευρο-ανατομικές διαπιστώσεις. Τόσο τα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης όσο και τα ευρήματα της βιολογικής έρευνας υποστηρίζουν την υπόθεση ότι οι διαταραχές της διάθεσης εμπλέκουν παθολογικές διεργασίες του μεταιχμιακού συστήματος, των βασικών γαγγλίων και του υποθαλάμου. Έχει επισημανθεί ότι νευρολογικές διαταραχές στα βασικά γάγγλια και στο μεταιχμιακό σύστημα (ειδικά βλάβες που προκαλούν διεγέρσεις στο μη επικρατούν ημισφαίριο), φαίνεται να εμφανίζονται με καταθλιπτικά συμπτώματα. Το μεταιχμιακό σύστημα και τα βασικά γάγγλια συνδέονται στενά μεταξύ τους και έχει διαπιστωθεί η υπόθεση ότι το μεταιχμιακό σύστημα παίζει σπουδαίο ρόλο στην παραγωγή των συναισθημάτων. Οι αλλαγές στον ύπνο, στην όρεξη και στη σεξουαλική συμπεριφορά, όσο και οι αλλαγές των ενδοκρινικών, ανοσοβιολογικών και χρονοβιολογικών παραμέτρων συνηγορούν

υπέρ της δυσλειτουργίας του υποθαλάμου. κάμψη του σώματος προς τα εμπρός, η κινητική επιβράδυνση και οι ήπιες γνωσιακές διαταραχές που παρατηρούνται στην κατάθλιψη έχουν αρκετές ομοιότητες με τις διαταραχές των βασικών γαγγλίων, όπως είναι η νόσος του Parkinson και άλλες υποφλοιώδεις άνοιες. (βλ. Ingram (2009))

1.7.3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Πρώιμες εμπειρίες που συσχετίζονται με κάποια σημαντική απώλεια ή αρνητικά γεγονότα ζωής και τις οποίες το άτομο είτε τις βίωσε ως έντονα αρνητικές είτε αδυνατούσε να τις αντιμετωπίσει, πιθανόν το καθιστούν περισσότερο ευάλωτο και αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανίσει κατάθλιψη.

Τέτοια γεγονότα ή καταστάσεις είναι:

- θάνατος αγαπημένου προσώπου ή συγγενή
- διαζύγιο γονέων
- διάλυση προσωπικής σχέσης
- ανεργία / οικονομικές δυσκολίες
- κακοποίηση ή παραμέληση
- νόσος στην οικογένεια
- αποτυχία σε ένα μάθημα
- κοινωνική απομόνωση (κοινό αίτιο κατάθλιψης στους ηλικιωμένους)
- εθισμός σε ουσίες και αλκοόλ

Ως συνέπεια των παραπάνω το άτομο έχει διαμορφώσει μία αρνητική θεώρηση του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος. Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck, ο τρόπος με τον οποίο το άτομο με καταθλιπτικόμορφο τρόπο σκέψης αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει τον κόσμο γύρω του, χαρακτηρίζεται από **αρνητικές σκέψεις** και αρνητικά συμπεράσματα για την ζωή και τον εαυτό του, τους άλλους και το μέλλον. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την αρνητική θεώρηση του εαυτού, το άτομο "βλέπει" τον εαυτό του ως ανεπαρκή, ανάξιο, άχρηστο, ανεπιθύμητο, ελαττωματικό και νιώθει ότι μειονεκτεί σε φυσικά, ψυχολογικά, διανοητικά, ηθικά και κοινωνικά χαρίσματα. Στα πλαίσια της αρνητικής θεώρησης του κόσμου, το άτομο "βλέπει" το περιβάλλον του σαν ιδιαίτερα απαιτητικό και απαγορευτικό στις ατομικές του επιδιώξεις, και αισθάνεται πως έχει απορριφθεί από αυτό. Νιώθει τέλος ότι ο κόσμος στερείται νοήματος ή σημασίας και δεν μπορεί να αντλήσει από αυτόν καμία χαρά και ευχαρίστηση. Το άτομο με κατάθλιψη σκέφτεται ότι το μέλλον του θα είναι ζοφερό, αρνητικό, χωρίς πιθανότητα να βιώσει ευχάριστες καταστάσεις ή να του συμβούν ευχάριστα πράγματα ή δεν "βλέπει" καθόλου μέλλον. (βλ. Ευθυμίου κ.ά. (2006))

1.8 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από σωματοψυχική αδυναμία, εσωτερική ανησυχία, άγχος, ψυχοκινητική ανησυχία και έντονα σωματικά συμπτώματα όπως κοιλιακά άλγη, ταχυκαρδίες, καρδιακά άλγη, ζαλάδες, κεφαλαλγίες, αίσθημα 'πλακώματος' στο στήθος, 'κόμπους' στο λαιμό, 'μουδιάσματα' στα άκρα κ.α. Στο συναισθηματικό επίπεδο υπάρχει το συναισθημα της κατάθλιψης. Η σωματοποίηση

αυτού του προβλήματος έχει σαν αποτέλεσμα τη λανθασμένη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών από παθολόγους, ορθοπεδικούς ή και χειρουργούς ακόμη. Όπως έχει παρατηρηθεί τα άτομα αυτά έχουν εμφανίσει κατά καιρούς διάφορα συμπτώματα στο γαστρεντερικό τους (πχ κολίτιδες, γαστρίτιδες, λειτουργικές διαταραχές της χοληδόχου κα), στο αναπνευστικό (πχ αναπνευστικές κρίσεις), στο καρδιαγγειακό (πχ ταχυκαρδίες, στηθαγγικές κρίσεις) κα.(βλ. Παπαγεωργίου (2004))

Κατά την κλινική εξέταση, εκτός από την διάθεση, την συγκινησιακή κατάσταση και τα συναισθήματα, όπου η κατάθλιψη είναι το κύριο σύμπτωμα της διαταραχής, ο εξεταστής παρατηρεί τον ασθενή και σε εξωτερικά στοιχεία όπως είναι:

Η ομιλία. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν μείωση στον ρυθμό και στην έκταση της ομιλίας τους και απαντούν στις ερωτήσεις μονολολεκτικά και καθυστερημένα. Έτσι εξεταστής μπορεί να περιμένει 2 με 3 λεπτά για να πάρει την απάντηση σε κάποιο ερώτημά του.

Οι αντιληπτικές διαταραχές. Οι καταθλιπτικοί που εμφανίζουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, θεωρείται ότι πάσχουν από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Ορισμένοι κλινικοί χρησιμοποιούν επίσης τον όρο «ψυχωτική κατάθλιψη» για να περιγράψουν αρρώστους με κατάθλιψη που εμφανίζουν μεγάλη παλινδρόμηση, ακόμη και αν δεν εμφανίζουν παραλήρημα ψευδαισθήσεις. Αυτοί οι άρρωστοι πιθανόν να περιγράφονται καλύτερα με τον προσδιορισμό «με κατατονικά χαρακτηριστικά». Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις που ταιριάζουν με το καταθλιπτικό συναίσθημα, λέγεται ότι είναι συμβατές με το συναίσθημα. Στις συμβατές με το συναίσθημα παραληρητικές ιδέες περιλαμβάνονται ιδέες ενοχής, αμαρτίας, αναξιότητας, φτώχειας, αποτυχίας, καταδίκης, όπως και ιδέες νόσησης από σωματικά νοσήματα. Το περιεχόμενο των μη συμβατών με το συναίσθημα παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων δεν ταιριάζει με την καταθλιπτική διάθεση. Αυτές μπορεί να είναι ιδέες μεγαλείου, εξαιρετικής δύναμης, γνώσης αξίας.

Οι σκέψεις. Οι καταθλιπτικοί έχουν συνήθως αρνητική άποψη για τον εαυτό τους και τον κόσμο. Στο περιεχόμενο της σκέψης τους υπάρχουν συνήθως μη παραληρητικές ιδέες που σχετίζονται με την απώλεια, την ενοχή, την αυτοκτονία και τον θάνατο. Περίπου 10% των καταθλιπτικών αρρώστων εμφανίζει διακριτά συμπτώματα διαταραχής της σκέψης, συνήθως ανακοπή της σκέψης και μεγάλη έλλειψη περιεχομένου.

Ο Προσανατολισμός. Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί διατηρούν τον προσανατολισμό τους, σε σχέση με τα πρόσωπα, τον τόπο και τον χρόνο, αν και μερικές φορές πιθανόν να μην έχουν αρκετή δύναμη ενδιαφέρον για να απαντήσουν στις σχετικές ερωτήσεις κατά την εξέταση.

Η μνήμη. Το 50% -75% περίπου των καταθλιπτικών αρρώστων εμφανίζει διαταραχές από τις γνωστικές λειτουργίες, φαινόμενο που μερικές φορές αναφέρεται με τον όρο «καταθλιπτική ψευδοάνοια. Αυτοί οι άρρωστοι παραπονούνται συνήθως ότι δεν μπορούν να συγκεντρωθούν και ξεχνούν.

Ο έλεγχος των παρορμήσεων. Το 10-15% περίπου του συνόλου των καταθλιπτικών αρρώστων αυτοκτονεί και περίπου τα 2/3 έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό. Ένας άρρωστος με ψυχωτική κατάθλιψη μπορεί να σκέφτεται κατά καιρούς να σκοτώσει κάποιο πρόσωπο, το οποίο έχει εμπλακεί στο παραληρητικό του σύστημα. Ωστόσο, από τους σοβαρότερα καταθλιπτικούς άρρωστους λείπει συχνά το κίνητρο η δύναμη για να δράσουν με παρορμητικό βίαιο τρόπο. Μεγάλος κίνδυνος αυτοκτονίας στους

καταθλιπτικούς αρρώστους υπάρχει την περίοδο που αρχίζουν να βελτιώνονται και να επανακτούν την ενεργητικότητα που χρειάζονται, ώστε να σχεδιάσουν και να πραγματοποιήσουν μια αυτοκτονία. Συνήθως δεν είναι κλινικά φρόνιμο να δίνεται συνταγή με μεγάλη ποσότητα αντικαταθλιπτικών στον καταθλιπτικό άρρωστο, όταν παίρνει εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Η Κρίση και εναισθησία. Η κρίση του ασθενούς μπορεί να εκτιμηθεί καλύτερα με την ανασκόπηση των πράξεών του κατά το πρόσφατο παρελθόν, όπως και από την συμπεριφορά του κατά την συνέντευξη. Η εναισθησία των καταθλιπτικών σε σχέση με την κατάστασή τους, χαρακτηρίζεται συνήθως από υπερβολή, με την έννοια ότι δίνουν μεγάλη έμφαση στα συμπτώματά τους, στη νόσο τους και στα προβλήματα της ζωής τους. Αυτοί οι άρρωστοι είναι δύσκολο να πειστούν ότι υπάρχει πιθανότητα βελτίωσης.

Η αξιοπιστία. Σε όλες τις πληροφορίες που δίνει καταθλιπτικός υπερτονίζει το κακό και ελαχιστοποιεί το καλό. Σύνηθες κλινικό σφάλμα είναι να δίνεται ανεξέλεγκτα πίστη στον καταθλιπτικό άρρωστο, όταν λέει ότι σε προηγούμενη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά δεν υπήρξε βελτίωση. (περισσότερα βλ. Ρουσοδήμου (2008) και Maj, M. and Sartorius, N. (2002))

1.9 Εργαλεία μέτρησης κατάθλιψης

Για την καλύτερη τεκμηρίωση της κλινικής κατάστασης των καταθλιπτικών ασθενών υπάρχουν διάφορες κλίμακες αντικειμενικής εκτίμησης και μέτρησης της κατάθλιψης.

1.9.1 Beck depression inventory II (BDI-II)

Μια από τις πιο γνωστές διεθνώς κλίμακες αξιολόγησης κατάθλιψης είναι η κλίμακα της κατάθλιψης του Beck-II. Η κλίμακα BDI- II αποτελείται από ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς με 21 ερωτήσεις για τη μέτρηση βαρύτητας της κατάθλιψης για ενήλικες και εφήβους άνω των 13 ετών. Η BDI-II χρησιμοποιείται ευρέως ως δείκτης της σοβαρότητας της κατάθλιψης, αλλά όχι ως διαγνωστικό εργαλείο, πολυάριθμες μελέτες παρέχουν αποδείξεις για την αξιοπιστία και το κύρος του μεταξύ των διαφόρων πληθυσμών και πολιτιστικών ομάδων. Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες για την εξαγωγή αποτελεσμάτων της θεραπείας και σε πολυάριθμες μελέτες σε άτομα με ψυχικά τραύματα. Ο εξεταζόμενος καλείται να αξιολογήσει πόσο ισχύει καθεμία από τις 21 ερωτήσεις (η καθεμία από τις οποίες αντιστοιχεί σε ένα σύμπτωμα) λαμβάνοντας υπόψη την διάθεση του κατά τις τελευταίες δυο εβδομάδες. Η συνολική βαθμολογία συνίσταται στο άθροισμα όλων των απαντήσεων, κυμαινόμενη από 0 έως 63 βαθμούς. Το κατώτερο όριο βαθμολογίας καταθλιπτικής διάθεσης είναι 14. Αναλυτικά όταν η βαθμολογία κυμαίνεται από 14 έως 19 έχουμε ήπια κατάθλιψη, 20 έως 28 έχουμε μέτρια κατάθλιψη και 29 έως 63 έχουμε σοβαρή κατάθλιψη (Beck et al. (1996)).

Το 2008 ο Grand και οι συνεργάτες του, σε μελέτη που έκαναν στο Ηνωμένο Βασίλειο, χρησιμοποίησαν την κλίμακα κατάθλιψης Beck με στόχο να ανιχνεύσει την κατάθλιψη σε άτομα με νεφρική νόσο τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε

αιμοκάθαρση. Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 57 συμμετέχοντες που έκαναν αιμοκάθαρση για πάνω από 3 μήνες και δεν είχαν διαγνωσθεί με ψυχιατρική ασθένεια, ούτε λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για ψυχιατρικούς λόγους. Η κλίμακα έδωσε αποτελέσματα σοβαρής κατάθλιψης σε 27 περιπτώσεις. Η κλίμακα ανιχνεύει με αξιοπιστία τη μείζονος κατάθλιψη στο δείγμα μας. Υψηλά είναι τα επίπεδα κατάθλιψης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση που δεν έχουν διαγνωστεί με γνωστή ψυχιατρική ασθένεια (Grant et al. (2008)).

Ο Geisser και οι συνεργάτες του το 1997 εξέτασαν την ικανότητα των δυο ερωτηματολογίων κατάθλιψης, κλίμακα Beck και Επιδημιολογική, να εισάγουν διακρίσεις μεταξύ ασθενών με χρόνιο πόνο με και χωρίς μείζονα κατάθλιψη. Συγκέντρωσαν δείγμα 132 ασθενών με χρόνιο πόνο από τους οποίους οι 44 είχαν διαγνωστεί ότι πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι και τα δύο ερωτηματολόγια έχουν καλή προγνωστική εγκυρότητα μεταξύ ασθενών με χρόνιο πόνο, και οι αποφάσεις για τη χρήση ενός ερωτηματολογίου και όχι του άλλου μπορεί να εξαρτάται από τους στόχους του χρήστη και το πλαίσιο μέσα στο οποίο χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο. Ποσοστά έδειξαν ότι η επιδημιολογική κλίμακα είχε κάπως καλύτερη ευαισθησία, ενώ η κλίμακα του Beck ήταν ελαφρώς πιο εξειδικευμένη (Geisser et al. (1997)).

Το 1997 ο Lustman και οι συνεργάτες του συνέλεξαν από το πανεπιστημιακό ιατρικό κέντρο της Ουάσιγκτον, δείγμα 172 ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Σκοπός ήταν να καθορίσουν τη χρησιμότητα της κλίμακας του Beck σαν ένα εργαλείο ελέγχου για τη μείζονα κατάθλιψη στο διαβήτη. Από τους 172 οι 63 ήταν καταθλιπτικοί, ενώ 59 ήταν ινσουλινο-εξαρτώμενοι. Κάποια από τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι η κλίμακα είναι αποτελεσματική διαγνωστική εξέταση για τη μείζονα κατάθλιψη σε διαβητικούς ασθενείς. Οι προβλεπόμενες μελέτες χρειάστηκαν για να επιβεβαιωθούν τα ακριβή χαρακτηριστικά απόδοσης του τεστ στο γενικό κλινικό περιβάλλον. Συνολικές βαθμολογίες συμπεριλαμβανόμενης μεταξύ 12 και 14 εμφανίζει την καλύτερη ισορροπία μεταξύ ευαισθησίας και εξειδίκευσης. (Lustman et al. (1997))

1.9.2 Κλίμακα Αυτο-αξιολόγησης της Κατάθλιψης κατά Zung (Zung Self- Rating Scale, ZDRS)

Η κλίμακα αυτό-αξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung σχεδιάστηκε από τον ψυχίατρο William W.K. Zung MD (1929-1992) του Πανεπιστημίου Duke, για να αξιολογήσει το επίπεδο της κατάθλιψης σε ασθενείς που διαγνώστηκαν με καταθλιπτική διαταραχή. Αποτελεί ένα εργαλείο για την εκτίμηση της βαρύτητας με τη μορφή ερωτηματολογίου. Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις όπου η καθεμία έχει τέσσερις πιθανές απαντήσεις που περιγράφουν την εκτίμηση ερωτώμενου και βαθμολογούνται αντίστοιχα από 1 έως 4. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 20 έως 80. Η συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνει ο ερωτώμενος αντιστοιχεί σε μια τιμή στον πίνακα του δείκτη SDS(Self Depression Scale) και η τιμή αυτή οδηγεί στο τελικό συμπέρασμα ότι τιμές < 50 θεωρείται ότι αντιστοιχούν στα φυσιολογικά πλαίσια χωρίς ενδείξεις ψυχοπαθολογίας, τιμές από 50-59 παρουσιάζουν ελάχιστη έως ήπια κατάθλιψη, τιμές από 60-69 σε μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη και τιμές πάνω από 70 δείχνουν σοβαρή έως και βαριά κατάθλιψη. Η κλίμακα συμπληρώνεται σε μικρό χρονικό διάστημα από άτομα που διατηρούν τη λειτουργικότητά τους, αλλά μπορεί να χρειαστούν έως και 30 min, ανάλογα με την ψυχοπαθολογία κάθε ερωτώμενου. Οι περισσότεροι ασθενείς με κατάθλιψη έχουν σκορ αποτελεσμάτων μεταξύ 50 και 69.(ZUNG (1965))

Το 2016 ο Καραγεώργας και οι συνεργάτες του, για να προσδιορίσουν τους ανεξάρτητους παράγοντες της κόπωσης σε ασθενείς με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren, χρησιμοποίησαν την κλίμακα κατάθλιψης Zung (ZDRS). Το δείγμα και αποτελούνταν από 106 ασθενείς με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren των εξωτερικών ιατρείων Ρευματολογίας των Γενικών νοσοκομείων Αθηνών Λαϊκό και Γ.Ν. Γεννηματάς. Οι 100 ήταν γυναίκες, από τις οποίες στις 32 ανιχνεύτηκε κόπωση. Κάποια από τα συμπεράσματα έδειξαν ότι η κατάθλιψη, η νευρώση, και η ινομυαλγία παίζουν σημαντικό ρόλο στο πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren καθώς σχετίζεται με την κόπωση και πρέπει να αντιμετωπιστούν συστηματικά στην κλινική πράξη από μια διεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει και τους ρευματολόγους και τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. (Karageorgas et al. (2016))

Η Λόττι-Λυκούσα και οι συνεργάτες της το 2012 χρησιμοποίησαν την κλίμακα κατάθλιψης Zung με σκοπό να διερευνήσει την επίπτωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα που επισκέπτονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να εξετάσει αν η συχνότητα της κατάθλιψης επηρεάζεται από δημογραφικούς παράγοντες (όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα) και από την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο κέντρο Υγείας Γυθείου και πήραν μέρος 500 ασθενείς, από τους οποίους 220 ήταν άνδρες και 280 γυναίκες). Κάποια από τα αποτελέσματα έδειξαν ότι συμπτώματα κατάθλιψης ανιχνεύονται σε σημαντικό ποσοστό σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το 32% έδειξαν τιμές στην κλίμακα ≥ 50 . Ακόμα αποδείχτηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία στις γυναίκες του παρόντος δείγματος. Σε άτομα με χρόνια αρθρίτιδα διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, που υποστηρίζουν ότι η ψυχική υγεία ατόμων με χρόνια αρθροπάθεια σχετίζεται με τα προβλήματα που τους προκαλεί η νόσος τους, αλλά και με την πορεία αποκατάστασής τους. Καθώς και στην χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) οι ερευνητές συγκλίνουν στο ότι η βαρύτητα της ΧΑΠ συνδέεται με την εμφάνιση κατάθλιψης, ανάλογης βαρύτητας με τη βαρύτητα της νόσου. Η έγκαιρη ανίχνευση θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στην καλύτερη αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ασθενών. (Λόττι-Λυκούσα κα. (2012))

Η κλίμακα κατάθλιψης Zung χρησιμοποιήθηκε το 2011 από την Μπελλάλη και τους συνεργάτες της με σκοπό τη διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε ολική ή μερική λαρυγγεκτομή, συγκρίνοντας τρεις ομάδες με διαφορετικά κλινικά χαρακτηριστικά. Συνέλεξαν δείγμα 168 ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε μεγάλα δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Το 38,7% υποβλήθηκαν σε ολική λαρυγγεκτομή, το 37,5% σε μερική λαρυγγεκτομή ή άλλου είδους θεραπεία και το 23,8% σε ολική λαρυγγεκτομή και απώλεια της φωνής. Το 91,7% των ασθενών ήταν άνδρες και το 8,3% γυναίκες. Κάποια από τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 9,6% και το 19% των ασθενών του δείγματος βίωνε συμπτώματα αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής αντίστοιχα, με υψηλότερο ποσοστό για τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ολική λαρυγγεκτομή. Οι υπόλοιποι ασθενείς εμφάνιζαν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη. Ακόμα οι παρεμβάσεις όπως εκπαιδευτικά προγράμματα αυτοφροντίδας, φαίνεται ότι μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση του άγχους και την πρόληψη της κατάθλιψης που προκαλεί η τραυματική εμπειρία της λαρυγγεκτομής. (Μπελλάλη (2011))

1.9.3 Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD))

Η κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton (HDRS) δημοσιεύτηκε αρχικά από τον Max Hamilton το 1960 και σχεδιάστηκε για να μετράει τη βαρύτητα της κατάθλιψης σε ήδη διαγνωσμένους νοσηλευόμενους ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Αρχικά περιλάμβανε 17 ερωτήσεις. Η κάθε μία ερώτηση αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο σημείο ή σύμπτωμα της κατάθλιψης. Οι απαντήσεις είναι πολλαπλής επιλογής και δίνεται με βαθμολογία από το 0 έως το 4 ή από 0 έως 2, δίνοντας έτσι ένα συνολικό score που κυμαίνεται από 0-50. Τα αποτελέσματα δείχνουν 0-7 όχι κατάθλιψη, 8-12 ήπια, 13-17 μέτρια, 18-29 σοβαρή, 30-50 πολύ σοβαρή κατάθλιψη.

Στην ίδια μελέτη όμως παρατίθεται και μία εκδοχή της κλίμακας με 21 ερωτήσεις όπου περιλαμβάνονται 4 επιπλέον ερωτήσεις (ημερήσια διακύμανση, αποπροσωποποίηση/ αποπραγματοποίηση, παρανοειδή συμπτώματα, ιδεο-ψυχαναγκαστικά συμπτώματα), που κατά τον Hamilton δεν πρέπει να προσμετρούνται στο τελικό score, επειδή είτε δεν αποτελούν μέτρο της βαρύτητας της κατάθλιψης, παρά μόνο δίνουν πληροφορίες για το είδος της, είτε επειδή είναι σπάνια. Αργότερα προστέθηκαν στην κλίμακα επιπλέον τρία λήμματα: ανημπόρια, απελπισία, αναξιότητα, δημιουργώντας έτσι την εκδοχή των 24 ερωτήσεων. (Φερεντίνος (2003))

Η συγκεκριμένη κλίμακα το 2014 χρησιμοποιήθηκε από την Ζήντρου και τους συνεργάτες της με σκοπό να καταγράψουν τα δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων, να μελετήσουν την πιθανή συσχέτιση μεταξύ υποκείμενων νόσων και κατάθλιψης, καθώς τις επιπτώσεις που προκαλεί, να καταγράψουν τα ποσοστά της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους, τόσο στην κοινότητα όσο και σε κλειστές δομές και να καταγραφούν πιθανές διαφοροποιήσεις μεταξύ αυτών των δύο ομάδων. Συγκέντρωσαν δείγμα 200 ηλικιωμένων. Οι 100 προήλθαν από κλειστή δομή φροντίδας (γηροκομείο Αθηνών) και οι υπόλοιποι 100 από τέσσερα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δήμου Γαλασίου. Το 50,5% ήταν άντρες και μεγάλο ποσοστό (53%) άνηκε ηλικιακά στην κατηγορία 75-84 ετών. Κάποια από τα αποτελέσματα έδειξαν ότι συμπτώματα κατάθλιψης εμφάνισε το 44% (31% ήπια και 13% μέτρια). Οι άντρες του γηροκομείου παρουσίασαν μεγαλύτερη κατάθλιψη από τους άντρες των ΚΑΠΗ, σε ποσοστό μεγαλύτερο από τις γυναίκες, από τις οποίες οι γυναίκες του γηροκομείου να υπερτερούν στα ποσοστά έναντι αυτών των ΚΑΠΗ. Ακόμα συμπτώματα κατάθλιψης παρουσίασαν οι χήροι, τα άτομα με πολλαπλή παθολογία και αυτοί που δεν ασκούνται. Συνεπώς το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παθολογίας, η άσκηση καθώς και η διαμονή σε κλειστές δομές φροντίδας(γηροκομείο) φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους με μεγάλο ποσοστό 53%. (Ζήντρου κα. (2014))

Το 2013 η Βλάχου Ε. και οι συνεργάτες της χρησιμοποίησαν την κλίμακα Hamilton για να μελετήσουν τα ψυχολογικά προβλήματα που βιώνουν οι γυναίκες όταν λαμβάνουν Ορμονική Θεραπεία Υποκατάστασης (ΟΘΥ), σε σύγκριση με εκείνες που δε λαμβάνουν. Το δείγμα που μελέτησαν αποτελούνταν από 216 εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ηλικίας 40 ως 60 ετών, από το Ιατρείο Εμμηνόπαυσης Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Νοσοκομείου των Αθηνών και κατανεμήθηκαν σε δύο ομάδες και εκτιμήθηκαν σε δύο χρονικές περιόδους μεσοδιαστήματος έξι μηνών. Οι 100 γυναίκες λάμβαναν ΟΘΥ για τουλάχιστον τρεις μήνες ενώ οι 116 όχι. Μερικά από τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εμμηνόπαυση στις γυναίκες χαρακτηρίζεται από

την συχνή εμφάνιση συμπτωμάτων που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική τους κατάσταση. Η λήψη ΟΘΥ φαίνεται ότι προσφέρει σημαντική ανακούφιση στα ψυχολογικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Οι δημογραφικοί παράγοντες ωστόσο τροποποιούν την κατάσταση και απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. (Βλάχου κα. (2013))

Ο Σαράφης και οι συνεργάτες του το 2008 μελέτησαν δείγμα 40 ασθενών με χρόνια οσφυαλγία, που νοσηλεύτηκαν σε Νευροχειρουργική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, χρησιμοποιώντας την κλίμακα Hamilton. Οι 16 ήταν άντρες και οι 24 γυναίκες. Κάποια από τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η διάρκεια του πόνου σχετίζεται θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης ως εκ τούτου εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης. Επίσης, ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους υποφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από κατάθλιψη. Συγκεκριμένα η πλειονότητα ασθενών ανέφερε ήπια επίπεδα κατάθλιψης και ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών βρέθηκε ότι υπέφερε από μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη. Τα στοιχεία σχετικά με τύπους αϋπνίας καθώς και το άγχος επίσης πήρε υψηλές βαθμολογίες. Αντιθέτως, το δείγμα δεν βρέθηκε να εμφανίζει καθυστέρηση, παρανοϊκά ή ιδεοληπτικά συμπτώματα. Τέλος η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί σημαντικότερο πρόβλημα για τις γυναίκες. (Σαράφης κα. (2008))

1.9.4 Κλίμακα Montgomery – Asberg (MADRS)

Η κλίμακα κατάθλιψης Montgomery-Asberg (MADRS) είναι ένα διαγνωστικό ερωτηματολόγιο δέκα ερωτήσεων, το οποίο οι ψυχίατροι χρησιμοποιούν για να μετρήσει τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών επεισοδίων σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης. Σχεδιάστηκε το 1979 από Βρετανούς και Σουηδούς ερευνητές ως συμπλήρωμα στην Κλίμακα Αξιολόγησης Hamilton, η οποία θα ήταν πιο ευαίσθητη στις αλλαγές που προκαλούνται από τα αντικαταθλιπτικά και άλλες μορφές θεραπείας από ό, τι ήταν η κλίμακα Hamilton. Υπάρχει, ωστόσο, ένας υψηλός βαθμός στατιστικής συσχέτισης μεταξύ βαθμολογιών για τα δύο μέτρα. Περιέχει 10 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής με βαθμολογία από 0 έως 6. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 60. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα ακόλουθα συμπτώματα: Φαινομενική θλίψη, Αναφερθείσα μελαγχολία, εσωτερική ένταση, μειωμένος ύπνος, μειωμένη όρεξη, δυσκολία στη συγκέντρωση, κόπωση, απώλεια του συναισθήματος, απαισιόδοξες ιδέες και αυτοκτονικές σκέψεις. Τα τελικά συμπεράσματα δείχνουν ότι από 0 έως 6 το άτομο είναι φυσιολογικό ή έχει απουσία συμπτωμάτων, από 7 έως 19 ήπια κατάθλιψη, από 20 έως 34 μέτρια κατάθλιψη και από 34 και πάνω σοβαρή κατάθλιψη. (Montgomery, S.A. and Asberg, M. (1979))

Η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιήθηκε το 2009 από την Sagen και τους συνεργάτες της με σκοπό να αξιολογήσουν τον επιπολασμό του άγχους και της κατάθλιψης και να συγκρίνουν την απόδοση της Νοσοκομειακής κλίμακας άγχους-κατάθλιψης και της κλίμακας κατάθλιψης Montgomery –Asberg ως μέσα ανίχνευσης για το άγχος και των καταθλιπτικών διαταραχών 4 μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Η μελέτη εξήχθη στο τμήμα Νευρολογίας του Νοσοκομείου Telemark, στη Νορβηγία. Το τελικό δείγμα αποτελούταν από 104 ασθενείς με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Κάποια από τα συμπεράσματα έδειξαν ότι το άγχος και η κατάθλιψη συμβαίνουν εξίσου συχνά σε ασθενείς 3-4 μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Δεδομένου ότι και οι δύο διαταραχές έχουν αρνητικές συνέπειες για την αποκατάσταση και την ποιότητα της ζωής, τα ευρήματά μας δείχνουν ότι το άγχος μετά από ΕΕ, το οποίο συχνά παραμελείται, απαιτεί την ίδια προσοχή όπως η

κατάθλιψη και την συνεχή αξιολόγηση. Το άγχος εμφανίστηκε στο 23% των ασθενών και η κατάθλιψη 19%, από το οποίο το 13% είχαν μείζονα κατάθλιψη, το 3% ελάσσονα κατάθλιψη και το 4% δυσθυμία. Η κλίμακα Montgomery-Asberg εκτελέστηκε οριακά καλύτερα από ότι η νοσοκομειακή κλίμακα ωστόσο είναι κάπως ακατάλληλες λόγω χαμηλής ευαισθησίας όταν εφαρμόζονται σε ιατρικά πάσχοντες ασθενείς. (Sagen et al. (2009))

Το 2008 ο Kobak K. και οι συνεργάτες του, χρησιμοποίησαν την κλίμακα Montgomery-Asberg (MADRS) με σκοπό να εξετάσουν και να συγκρίνουν την απομακρυσμένη χρήσης της κλίμακας Montgomery-Asberg (MADRS) μέσω τηλεδιάσκεψης και μέσω τηλεφώνου με τον παραδοσιακό τρόπο πρόσωπο με πρόσωπο. Στην πρώτη συγκριτική μελέτη μεταξύ face to face και συνομιλίας μέσω βίντεο-κλήσης πήραν μέρος 35 άτομα (12 άνδρες και 23 γυναίκες, με μέση ηλικία 44 ετών). Στη δεύτερη συγκριτική μελέτη μεταξύ face to face και μέσω τηλεφωνικής κλήσης πήραν μέρος 35 άτομα (12 άνδρες και 23 γυναίκες με μέση ηλικία 43 ετών). Γενικά τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων έδειξαν πως οι μέσες τιμές των αποτελεσμάτων της κλίμακας MADRS που πραγματοποιούνται από απόσταση, τόσο στην τηλεφωνική όσο και στην τηλεδιάσκεψη, δεν ήταν σημαντικά διαφορετική από τα αποτελέσματα μέσων τιμών της MADRS που διεξήχθητε πρόσωπο με πρόσωπο. Συνεπώς η δυνατότητα σύγκρισης με ποιον τρόπο θα γίνει η συνέντευξη, επιτρέπει την απομακρυσμένη αξιολόγηση των ασθενών και στις δύο έρευνες και κλινικές εφαρμογές. (Kobak, K. et al. (2008))

Το 2010 ο Bondolfi G. και οι συνεργάτες του εξέτασαν τις ψυχομετρικές ιδιότητες της γαλλικής έκδοσης της κλίμακας Montgomery-Asberg αυτό αξιολόγησης (MADRS-S) και σκοπός τους ήταν να καθορίσουν και να αξιολογήσουν πόσο θα μπορούσε να συμπληρώσει την κλίμακα Montgomery-Asberg στην παρακολούθηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Το δείγμα, που συγκεντρώθηκε από δυο κέντρα ψυχικής υγείας, το πανεπιστημιακό νοσοκομείο Γενεύης και το κέντρο Ψυχοκοινωνική υγείας Neuchâtelois, αποτελούταν από 63 εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (32 άνδρες και 31 γυναίκες) με τρέχον καταθλιπτικό επεισόδιο και ερωτήθηκαν και με τις κλίμακα αυτό-αξιολόγησης και με την κλινική με διαφορά διαστήματος ενός μηνός μεταξύ τους. Κάποια από τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλοι οι ασθενείς αποδέχτηκαν εύκολα την κλίμακα αυτό αξιολόγησης, δεν αναφέρθηκε καμία δυσχέρεια ούτε ότι άφησε κενά σημεία. Οι συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων της κλίμακας αυτό αξιολόγησης και των συνολικών βαθμολογιών, έδειξαν ότι υπήρχε εσωτερική συνοχή και ταυτόχρονη εγκυρότητα παρόλα αυτά ήταν ευαίσθητη σε μεταβολές που παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της τακτικής παρακολούθησης και εξειδικευμένα στην ανίχνευση ανταπόκρισης στη θεραπεία. (Bondolfi et al. (1999))

1.9.5 Κλίμακα κατάθλιψης Raskin

Η κλίμακα κατάθλιψης Raskin είναι μια κλίμακα μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης, σύμφωνα με αυτά που αναφέρει ο άρρωστος και με αυτά που παρατηρεί ο γιατρός. Είναι μια σύντομη, κλινικός κλίμακα κατάλληλη για την αξιολόγηση των αρχικών επίπεδων της κατάθλιψης και της αλλαγής της σοβαρότητας της κατάθλιψης στην πάροδο του χρόνου. Αν και η κλίμακα Raskin είναι σχετικά γρήγορη και εύκολη στην διαχείριση, στερείται εξειδίκευσης, και συνήθως χορηγείται σε συνδυασμό με πιο συγκεκριμένες κλίμακες αξιολόγησης όπως η HDRS(hospital). Η βαθμολόγηση γίνεται σε 3 διαστάσεις, όπου η καθεμία έχει 5 βαθμίδες, από 1= Καθόλου, 2=Κάπως, 3=Μέτρια, 4=Σημαντικά και 5=Πάρα πολύ. Αξιολογούνται η λεκτική επικοινωνία

(πχ. μιλά για το αίσθημα αβοήθητος και άχρηστος, παραπονείται για απώλεια ενδιαφέροντος, μπορεί να επιθυμούν να είναι νεκρός), η συμπεριφορά (Φαίνεται λυπημένος, κλαίει εύκολα, μιλά με μια θλιβερή φωνή, ψυχοκινητική καθυστέρηση, έλλειψη ενέργειας) και δευτερογενή συμπτώματα κατάθλιψης (αϋπνία / υπερυπνία, ξηροστομία, παράπονα GI, απόπειρα αυτοκτονίας πρόσφατα, αλλαγή στην όρεξη, γνωστικά προβλήματα). Έχει εύρος από 3 έως 15. Αποτελέσματα με βαθμολογία από 9 και πάνω δείχνουν ότι υπάρχει μέτρια κατάθλιψη. (Raskin, A. et al. (1969))

Το 2007 ο Cohen-Mansfield, J., Libin, A. and Marx, M., χρησιμοποίησαν την Κλίμακα κατάθλιψης Raskin, για να εκτιμήσουν πόσο επηρεάστηκε η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια μιας δομημένης συνέντευξης με άμεση παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον συμμετέχοντα. Ο στόχος της μελέτης ήταν να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα ενός συστηματικού αλγορίθμου για την παροχή εξατομικευμένων, μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων για τη μείωση διαταραγμένης συμπεριφοράς σε κατοίκους γηροκομείο με άνοια. Η μελέτη διεξήχθη σε 12 γηροκομεία στο Μέριλαντ. Οι συμμετέχοντες ήταν 167 (89 συμμετέχοντες από 6 γηροκομεία στην ομάδα παρέμβασης και 78 συμμετέχοντες από 6 γηροκομεία στην ομάδα ελέγχου.) Το 80% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 86 έτη. Μερικά από τα αποτελέσματα έδειξαν πως η εφαρμογή της εξατομικευμένης, μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων οδήγησε σε στατιστικά σημαντικές μειώσεις στη συνολική διατάραξη στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου από την έναρξη έως τη θεραπεία. Κατά τη εξέταση του αριθμού των ηρεμιστικών, αντιψυχωτικών, αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών φάρμακων που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων κατά την έναρξη ή από τα αρχικά επίπεδα της θεραπείας μέσα σε κάθε ομάδα. Η μόνη σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου ήταν σε αριθμό αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της φάσης της θεραπείας, όταν οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου έλαβε περισσότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα από ό, τι τα άτομα της ομάδας παρέμβασης. Επιπλέον, η εφαρμογή των εξατομικευμένων παρεμβάσεων για διατάραξη είχε ως αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικές αυξήσεις στην ευχαρίστηση και στο ενδιαφέρον.

1.9.6 Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale)

Η γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης είναι μία κλίμακα μέτρησης βαρύτητας της κατάθλιψης σχεδιασμένη ειδικά για την τρίτη ηλικία. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή, αν και πολλές φορές κρίνεται σκόπιμο να την διαβάσει ο εξεταστής στον ασθενή. Περιέχει 30 ερωτήσεις και απαιτούν μόνο μια απάντηση τύπου ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Εστιάζει κυρίως σε ψυχικές ανησυχίες του ασθενούς και στον τρόπο αντίληψης της ποιότητας της ζωής του, αποφεύγοντας ερωτήσεις για σωματικά ενοχλήματα. Δεν περιέχει αντικείμενα για την εκτίμηση διεγερτικής ή ψυχωτικής συμπεριφοράς. Θεωρείται ότι καταγράφει μια γνωστική (σκεπτική) διάσταση της κατάθλιψης και αυτό φαίνεται από την υψηλή συσχέτιση με την κλίμακα Beck Depression Inventory. (Yesavage et al. 1982-83))

Το 2012 ο Αργυρόπουλος και οι συνεργάτες του χρησιμοποίησαν τη Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης με σκοπό να εκτιμήσουν τη συχνότητα κατάθλιψης σε κοινοτικό αστικό πληθυσμό ηλικιωμένων, να διερευνήσουν τη συσχέτιση της με επιβαρυντικούς ή προστατευτικούς παράγοντες και να διερευνήσουν πιθανή υποδιάγνωσή της. Συνέλεξαν δείγμα 239 ηλικιωμένων από 3 ΚΑΠΗ του δήμου Πάτρας. Οι 108 ήταν γυναίκες και οι 131 άνδρες, ηλικίας 60 ετών και άνω με μέσο όρο 73

ετών. Κατά κυριότητα το δείγμα είναι ελληνικής καταγωγής, χαμηλού μορφωτικού και οικονομικού επίπεδου και εμφανίζουν συννοσηρότητα, κυρίως υπέρταση και χρόνιο άγχος. Κάποια από τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 45% εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης. Η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες καθώς σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα, στους χήρους, διαζευγμένους ή ανύπανδρους σε σύγκριση με τους παντρεμένους. Σε ερώτηση αν έχουν ή είχαν κατάθλιψη 49 άτομα απάντησαν θετικά, εκ των οποίων 27 αναφέρουν την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων το τελευταίο δωδεκάμηνο. Σε 34 άτομα έχει γίνει διάγνωση από ιατρό και 31 άτομα λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή. Από τα 162 που δηλώνουν απουσία κατάθλιψης, αποδείχθηκε ότι τα 37 και 8 άτομα ανιχνεύθηκαν να πάσχουν από μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη αντίστοιχα. Επίσης, στα 27 άτομα που δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν εάν πάσχουν ή έπασχαν κατά το παρελθόν από κατάθλιψη, τα 16 ανιχνεύθηκαν με καταθλιπτική διαταραχή. (Αργυρόπουλος κα. (2012))

Έρευνα σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) υλοποιήθηκε από την Στυλιανοπούλου και τους συνεργάτες της το 2010. Συνέλεξαν δείγμα 360 ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω από τέσσερα ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίων Αναργύρων, Αττικής. Οι 218 ήταν γυναίκες και 142 άνδρες. Χρησιμοποίησαν τη Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης και τα μερικά από τα συμπεράσματα ήταν ότι το 30,28% εμφάνισε συμπτώματα κατάθλιψης (το 22,22 μέτρια κατάθλιψη και το 7,06% σοβαρή). Οι γυναίκες παρουσίασαν κατάθλιψη σε διπλάσιο ποσοστό (70,6%) σε σχέση με τους άνδρες (29,4%). Ακόμα υψηλά συμπτώματα κατάθλιψης παρουσίασαν οι χήροι/ες, τα μοναχικά άτομα, τα άτομα με πολλαπλή παθολογία. Τέλος, σημαντικά χαμηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν όσοι ασχολούνταν με τη φροντίδα των εγγονιών ή συμμετείχαν σε κοινωνικές δραστηριότητες. (Στυλιανοπούλου κα. (2010))

Το 2009 ο Stern και οι συνεργάτες του χρησιμοποίησαν την γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης για να διερευνήσουν κατά πόσον τα μεμονωμένα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να προβλέψουν την επίπτωση της υπέρτασης και συνεπώς την προδιάθεση για καρδιαγγειακή νόσο. Το δείγμα αποτελούταν από 240 υπερήλικες Μεξικού-Αμερικής και της Ευρώπης-Αμερικής με αρχικώς φυσιολογική αρτηριακή πίεση και ηλικίας μεταξύ 65-78 ετών. Το 30% ήταν γυναίκες από Μεξικό-Αμερική, 22,1% άνδρες από Μεξικό- Αμερική, το 25,8 γυναίκες από Ευρώπη-Αμερική και 21,7 άνδρες από Ευρώπη-Αμερική. Κάποια από τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο στα άτομα που χρειάζονται βοήθεια πρόβλεψαν σημαντικά περιστατικά υπέρτασης, ειδικότερα προς τις γυναίκες, σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς και σε χαμηλό εισόδημα των νοικοκυριών. Στη καταθλιπτική διάθεση ήταν οριακής σημασίας. Συνεπώς περαιτέρω έρευνες για την πρόβλεψη υπέρτασης μπορεί να οδηγήσουν σε παρεμβάσεις για τη μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. (Stern et al. (2009))

1.10 Θεραπείες της κατάθλιψης

Η θεραπεία της κατάθλιψης αποβλέπει σε 3 στόχους:

- α. στην προστασία του ασθενούς από το ενδεχόμενο αυτοκαταστροφής
- β. Καταπολέμηση της φάσης της κατάθλιψης
- γ. Αποτροπή προσεχών φάσεων

Η θεραπεία της κατάθλιψης αντιμετωπίζεται ανάλογα με την βαρύτητα της κατάθλιψης είτε με φάρμακα, είτε με ψυχοκοινωνικές θεραπείες ή με ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

1.10.1 Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία

Η άμεση αντιμετώπιση της βαριάς κατάθλιψης είναι η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας καθώς και η ανικανότητα αυτοφροντίδας, αποτελούν άμεσες ενδείξεις για εισαγωγή στο νοσοκομείο. Άλλες ενδείξεις είναι η βαρύτητα και η ταχεία κλιμάκωση των συμπτωμάτων και η έλλειψη υποστηρικτικών προσώπων στο περιβάλλον του αρρώστου. Συχνά τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης αντιστέκονται στη σύσταση εισαγωγής στο νοσοκομείο, λόγω της ίδιας της φύσης της αρρώστιας του. Άτομα με βαριά κατάθλιψη είναι ανίκανα να αποφασίσουν λόγω ψυχικής επιβράδυνσης και διαταραχής των γνωστικών / νοητικών λειτουργιών καθώς και λόγω της απελπισμένης θεώρησης της ζωής ή των αισθημάτων αναξιοτήτας. (Περισσότερα Ραγιά (2005))

1.10.2 Σωματικές θεραπείες

Μελέτες έχουν δείξει ότι η θεραπεία της κατάθλιψης επιτυγχάνεται καλύτερα με το συνδυασμό ψυχοφαρμακευτικών και ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Τα φάρμακα που χορηγούνται σε αρρώστους με κατάθλιψη είναι:

- **Αντικαταθλιπτικά φάρμακα - τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά** (anafranil, tofranil κα) και συγγενή με αυτά φάρμακα, τα οποία χρησιμοποιούνται συχνότερα στη μείζονα κατάθλιψη - Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης οι οποίοι έχουν παρόμοιες ενδείξεις με τα τρικυκλικά, πλεονεκτούν όμως γιατί έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Τα **πρώτα** αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι τα τρικυκλικά και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά (χλωριμιπραμίνη, αμιτριπτυλίνη, μαπροτιλίνη, νοτριπτυλίνη, κλομιπραμίνη, μιανσερίνη κ.α.). Τα αντικαταθλιπτικά αυτά άρχισαν να χρησιμοποιούνται από τη δεκαετία του '50 για τη θεραπεία της κατάθλιψης, με μεγάλη αποτελεσματικότητα. Οι ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, θάμβος οράσεως, ζάλη, διαταραχές της καρδιακής αγωγιμότητας), που υπονομεύουν τη συνεργασία (συμμόρφωση) των ασθενών, δημιούργησαν την ανάγκη να παραχθούν φάρμακα περισσότερο ασφαλή και καλύτερα ανεκτά. (Lenze et all, (2002), (Χριστοδούλου (2008))

Τα **νεότερα** αυτά αντικαταθλιπτικά κατατάσσονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης -SSRI'S- (παροξετίνη, σερτραλίνη, σιταλοπρόμη, φλουβοξαμίνη, φλουοξετίνη).
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νοραδρεναλίνης – SNRI'S- (βενλαφαξίνη).

- Νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (μιρταζαπίνη).

•Αναστρέψιμοι και εκλεκτικοί αναστολείς της ΜΑΟ (μοκλοβεμίδα). (Παραδέλης, (1992))

Η αποτελεσματικότητα των νεότερων αντικαταθλιπτικών είναι συγκρίσιμη με αυτήν των παλαιότερων, ωστόσο αυτά πλεονεκτούν, διότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν εμφανίζονται τόσο συχνά (ναυτία, κεφαλαλγία, σεξουαλικές διαταραχές και ανησυχία με την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής), είναι ήπιες και καλά ανεκτές.

• Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά: Παρά τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά τους σε σύγκριση με τα νεότερα, παρουσιάζουν πολυάριθμες χολινεργικού τύπου παρενέργειες, επικίνδυνες για τα άτομα της γεροντικής κυρίως ηλικίας, όπως:

1. Πρόκληση συγχυτικών καταστάσεων
2. Ορθοστατική υπόταση με πτώσεις και κατάγματα
3. Καρδιοτοξικότητα με αρρυθμίες
4. Επιδείνωση δυσουρικών συμπτωμάτων από υπερτροφία προστάτη
5. Επιδείνωση γλαυκώματος κλειστής γωνίας
6. Δυσκοιλιότητα και ξηρότητα βλεννογόνων

• Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης

Γίνονται πολύ καλύτερα ανεκτοί σε σχέση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και έτσι δοκιμάζονται πρώτα σταθερά.

Σε περίπτωση αποτυχίας τους καταφεύγουμε στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά με προσοχή, αρχίζοντας από χαμηλή δοσολογία και αυξάνοντας προοδευτικά. Στα άτομα της τρίτης ηλικίας ο λανθάνων χρόνος, που μεσολαβεί μεταξύ της ημερομηνίας λήψης και της εμφάνισης αντικαταθλιπτικής δράσης ενός δεδομένου φαρμάκου, επιμηκύνεται σε μεγάλο βαθμό και φθάνει εύκολα το μήνα, για λόγους μεταβολισμού.

Ο ψυχίατρος θα πρέπει να έχει υπόψη του και να ενημερώνει τον ασθενή του ώστε και οι δύο να οπλίζονται με υπομονή. Παρά την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει αποδειχθεί και είναι απογοητευτικό ότι μόνο ένα ποσοστό 30% περίπου των ηλικιωμένων θεραπεύεται αποτελεσματικά, εξαιτίας ανεπαρκούς δοσολογίας ή πρόωρης διακοπής της θεραπείας από έλλειψη πειθαρχίας 38 ή πληροφόρησης για την ακόλουθη πορεία της φαρμακευτικής αγωγής ή φόβου παρενεργειών κ.ο.κ. Οι βενζοδιαζεπίνες εξάλλου μακράς ημιδιάρκειας ζωής, δεν γίνονται κατά κανόνα ανεκτές από γηραιά άτομα εξαιτίας σοβαρών καταστάσεων εξαντλήσεως με πτώσεις και απώλειες, πολλές φορές χωρίς να συνυπάρχει και υπνηλία, ώστε οι γιατροί που τις έχουν χορηγήσει ή άλλοι, να μην υποπεύονται ότι αυτές είναι η αιτία των πιο πάνω συμπτωμάτων.

Χορηγούνται αντίθετα οι βραχείας ημιδιάρκειας υπναγωγικές βενζοδιαζεπίνες για την καταπολέμηση της καταθλιπτικής αϋπνίας.

Επιπλέον θα πρέπει να σημειωθεί ότι ειδικά στους ηλικιωμένους το πλήρες κλινικό αποτέλεσμα των αντικαταθλιπτικών εμφανίζεται συνήθως μετά από θεραπεία 6-8 εβδομάδων. Το 70-80% των καταθλιπτικών επεισοδίων θα

αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με το φάρμακο πρώτης επιλογής του ιατρού. (Lenze et al. (2002) and Χριστοδούλου (2008))

Αρχικά βελτιώνονται οι διαταραχές του ύπνου και της όρεξης.

Έπειτα χαλινάγεται το άγχος. Επανέρχεται η σωματική ευεξία και η ενεργητικότητα. Τέλος (μετά από τρεις με τέσσερις εβδομάδες), βελτιώνεται το καταθλιπτικό συναίσθημα.

Αν μετά από τρεις – τέσσερις εβδομάδες δεν έχουν εμφανιστεί τα προσδοκώμενα θεραπευτικά οφέλη, τότε ο γιατρός μπορεί ή να αυξήσει τη δόση του φαρμάκου ή να προσθέσει και ένα άλλο με διαφορετικό μηχανισμό δράσης ή να το αντικαταστήσει με ένα διαφορετικό.

Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων (πλήρης ύφεση), η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχιστεί στην ίδια θεραπευτική δόση επί 6-12 μήνες, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος της υποτροπής (συνεχιζόμενη θεραπεία). (Ιεροδιακόνου κα (1988))

Όταν, όμως, έχουν εμφανιστεί τρία ή περισσότερα επεισόδια ή τα επεισόδια εμφανίζονται συχνά με βαριά συμπτωματολογία ή όταν ελλοχεύει ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής και συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου (π.χ. χρόνιο σωματικό νόσημα), τότε η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χορηγείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (πέντε χρόνια ή διά βίου) ως θεραπεία συντήρησης.

- **Αγχολυτικά:** (λοραζεπάμη, αλπραζολάμη, διαζεπάμη, βρωμαζεπάμη) Χορηγούνται όταν συνυπάρχει άγχος. Πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, για μικρό χρονικό διάστημα, διότι προκαλούν εξάρτηση και μπορεί να επιδεινώσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

- **Αντιψυχωσικά:** (αλοπεριδόλη, αμισουλπρίδη, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπραζιδόνη) Χορηγούνται σε συνδυασμό με τα αντικαταθλιπτικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, όταν αυτή συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (ψυχωσική κατάθλιψη). (Lenze et al. (2002))

Πέρα από τη φαρμακευτική αγωγή υπάρχουν και άλλες θεραπείες όπως:

- η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ,
- η φωτοθεραπεία, οι ασθενείς εκτίθενται σε ισχυρό φως
- κρύα υδροθεραπεία,
- η χορο-θεραπεία,
- υπνική αποστέρηση: ολική και μερική υπνική στέρηση
- και ο Επαναληπτικός Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation rTMS) (βλ. Παγιά (2005) και Lenze et al. (2002))

1.10.3 Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες

Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι πρώτα από όλα να κάνει το άτομο λιγότερο ευάλωτο σε διάφορες καταστάσεις και να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και λειτουργεί. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι λιγότερο πιεσμένος, ανασφαλής και απογοητευμένος. Να προσπαθήσει ξανά να πιστέψει στον εαυτό του να νιώσει και πάλι δυνατός και ανεξάρτητος να μην εξαρτάται ούτε από τη γνώμη του άλλου ούτε από τίποτα. Σημαντικό ρόλο για την επίτευξη της ψυχοκοινωνικής θεραπείας παίζει η σχέση μεταξύ αρρώστου και θεραπευτή. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά όταν ο ψυχοθεραπευτής σέβεται τον άνθρωπο που έχει απέναντί του τον ακούει με προσοχή χωρίς να κρίνει όταν προσφέρει ένα περιβάλλον άνεσης, εμπιστοσύνης, αποδοχής όταν προσπαθεί με διάφορες μεθόδους να εξωτερικεύσει συναισθήματα του που ποτέ δε το είχε κάνει σε κανέναν. Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι οι εξής:

Ατομική θεραπεία. Σκοπός της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι ο ενδιαφερόμενος με τη βοήθεια του ειδικού να διερευνήσει τον εαυτό του, να κατανοήσει το πρόβλημα του και να μειώσει με οποιοδήποτε τρόπο αυτά τα συμπτώματα που νιώθει. Το περιβάλλον εμπιστοσύνης δίνει τη δυνατότητα να νιώσει άνετα ο εξεταζόμενος και να βγάλει από μέσα του με μεγαλύτερη ευκολία ότι τον απασχολεί. Επίσης στόχος της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι να αναλυθούν και να διερευνηθούν τραύματα του παρελθόντος και οδυνηρές καταστάσεις. Άτομα τα οποία κάνουν ψυχοθεραπεία συνήθως αισθάνονται δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων, στο σωστό τρόπο σκέψης, είναι υποτονικά, απομακρυσμένοι από το περίγυρο τους, λιγότερο δραστήρια, νιώθουν ακόμα, απογοητευμένοι έχουν συνήθως σωματικούς πόνους, διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα τα οποία τα δημιουργούν με το μυαλό τους και η καθημερινότητα τους γίνεται ολόένα και πιο μίζερη. Οι συναντήσεις έχουν διάρκεια 45 λεπτών και ο αριθμός των συναντήσεων εξαρτάται από το πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα του ασθενή. Αν το πρόβλημα δε χρήζει ιατρικής φαρμακευτικής αγωγής τότε μπορούν να συνεχίσουν τη ψυχοθεραπεία αλλιώς θα πρέπει να απευθυνθεί σε κάποιον ψυχίατρο. Σκοπός του θεραπευτή είναι η ψυχική του ηρεμία και η κάθαρση του μυαλού του από τις αρνητικές σκέψεις. Μερικά από τα προβλήματα που μπορεί να οδηγήσουν τον άνθρωπο στην ατομική ψυχοθεραπεία είναι το διαζύγιο, οικονομικά προβλήματα, χρήση ουσιών και αλκοόλ, κρίσεις πανικού, αρνητικές σκέψεις, απογοήτευση και ανασφάλεια, πένθος, φοβίες, διαταραχές διατροφής (ανορεξία-βουλιμία), θέματα υποτονικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία σε διαπροσωπικές σχέσεις, Κατάθλιψη. Όλα τα παραπάνω αποτελούν αιτίες οι οποίες θα μπορούσαν να κάνουν έναν άνθρωπο να αναζητήσει βοήθεια είτε ψυχολογική είτε ψυχιατρική. Γι αυτό λοιπόν καλό θα ήταν όταν αισθάνεται κάποιος ψυχολογικά άσχημα να μην υποβιβάζει τον όρο « ψυχοθεραπεία » νομίζοντας πως θα στιγματιστεί από την κοινωνία και από το φιλικό περιβάλλον. Αντίθετα θα βοηθηθεί τόσο ψυχικά όσο και σωματικά.

Γνωστική θεραπεία. Η γνωστική ψυχοθεραπεία είναι ένα είδος η οποία εστιάζει περισσότερο στα προβλήματα που συμβαίνουν αυτή τη στιγμή στον άνθρωπο, στα συναισθήματα και στις σκέψεις του. Είναι μορφή βραχείας ψυχοθεραπείας, με καλά αποτελέσματα σε άτομα που έχουν κάποια ψυχιατρική και ψυχολογική διαταραχή όπως κατάθλιψη, άγχος, προβλήματα διατροφής. Σκοπός είναι η ελάττωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τη βοήθεια του αρρώστου να ανακαλύψει και να αμφισβητήσει τις καταθλιπτικές αρνητικές και υποτιμητικές του σκέψεις και προσδοκίες. Όπως και στις παρερμηνείες των πραγματικών γεγονότων (μεγαλοποίηση των αρνητικών και επιλεκτική παράβλεψη των θετικών τους

πλευρών). Και στη συνέχεια να τις αντικαταστήσει με κατάλληλες, λογικές, ρεαλιστικές εκτιμήσεις και τρόπους σκέψης για τον εαυτό του, τις ικανότητές του, τα γεγονότα της ζωής του. Η διαδικασία είναι χρονοβόρα αφού απαιτούνται πολλές συναντήσεις με τον ειδικό, περίπου 13 - 20 ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ατόμου. Σκοπός του θεραπευτή λοιπόν είναι να απαλλαγεί ο ενδιαφερόμενος από αυτές τις αρνητικές σκέψεις, να βρει τρόπους να σκέφτεται θετικά, να μην αντιμετωπίζει τα προβλήματα του καταστροφικά, σαν να ήρθε το τέλος του κόσμου αλλά να σκέφτεται ορθά και συνετά.

Θεραπεία συμπεριφοράς. Είναι προσπάθεια θεραπείας της κατάθλιψης με αλλαγή της συμπεριφοράς του αρρώστου. Οι συμπεριφοριστικές θεωρίες πρεσβεύουν την άποψη πως οι παθολογικές συμπεριφορές δεν αποτελούν νόσο αλλά είναι μια σειρά από αντιδράσεις οι οποίες δυσκολεύουν την προσαρμοστικότητα του ατόμου είτε γιατί ο άνθρωπος έχει μάθει να αντιδρά με λάθος τρόπο είτε γιατί έχει συνηθίσει σε μια δυσπροσάρμοστη αντίδραση. Εξετάζοντας την πρώτη περίπτωση παρατηρούμε πως λαμβάνει χώρα το φαινόμενο του συμπεριφερικού ελλείμματος στο οποίο η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου οφείλεται στην μειωμένη ανάπτυξη των κοινωνικών αρετών του που δεν βοηθηθήκαν κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης του. Στην δεύτερη περίπτωση το άτομο έχει μνηθεί σε κάποιες αντικοινωνικές αντιδράσεις οι οποίες επικροτηθήκαν κιόλας από τους γύρω του. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η συμπεριφοριστική θεραπεία δεν είναι τίποτα άλλο παρά μια προσπάθεια μάθησης από την αρχή του ατόμου. Μια μάθηση που θα προσπαθήσει να διορθώσει τα κακώς κείμενα και όλα αυτά που είχε διδαχτεί τα προηγούμενα χρόνια το άτομο. Κατά συνέπεια οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η λανθασμένη συμπεριφορά δεν αποτελεί κάποιο είδος ψυχολογικής ασθένειας αλλά μια λανθασμένη συλλογή κοινωνικών εμπειριών που απόκτησε το άτομο μέσα από τις σχέσεις του ή βίωσε μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον. Έτσι πραγματοποιώντας κάποιες αλλαγές στο περιβάλλον του μπορεί να υπάρξει μείωση των διαταραχών και αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου. Έτσι ο θεραπευτής μαζί με τον ασθενή προσπαθούν να αξιολογήσουν την συμπεριφορά εξετάζοντας αρχικά από πού προέρχεται όλη αυτή η προβληματική αντίδραση. Στη συνέχεια προσπαθούν να βρουν παράγοντες προερχόμενους από το περιβάλλον του ατόμου που ενίσχυαν αυτή την ανεπιθύμητη συμπεριφορά και τέλος θέλουν να εντοπίσουν συγκεκριμένες συνθήκες περιβάλλοντος που μπορούν να αλλάξουν την όλη εικόνα. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς» και αποτελεί ένα μέσο το οποίο γνωστοποιεί πώς δημιουργήθηκε η ανεπιθύμητη συμπεριφορά καθώς και το πώς διατηρείται ή επαναλαμβάνεται. Στη συνέχεια ο θεραπευτής θα προσπαθήσει να του εξηγήσει την διαδικασία που θα ακολουθήσει για να επιτευχτεί ο στόχος και σε συνεργασία οι δυο τους θα καθορίσουν τα κριτήρια με τα οποία θα αξιολογηθεί το κατά πόσο επιτεύχθηκε ο αρχικός στόχος.

Οικογενειακή θεραπεία. Αυτή μπορεί να αποβεί αποτελεσματική για άρρωστους με συναισθηματικές διαταραχές. Η προσοχή εστιάζεται στην οικογένεια στο ρόλο που παίζει στη διαίωνιση της κατάθλιψης και πώς επηρεάζεται από την κατάθλιψη του μέλους της ως ολότητα. Τα διαζύγια είναι πολύ συχνά στις οικογένειες των άρρωστων οστών. Όχι μόνο γενικοί παράγοντες επηρεάζουν τις διαταραγμένες σχέσεις των μανιακών και καταθλιπτικών αρρώστων, αλλά και οι επακόλουθες ψυχοκοινωνικές εντάσεις στο περιβάλλον της οικογένειας είναι βλαπτικές. Ο ψυχοθεραπευτής είναι ένας εκπαιδευόμενος επαγγελματίας υγείας, ο οποίος ειδικεύεται στην οικογένεια. Συνήθως οι συνεδρίες είναι αρκετές και κρατάνε για μεγάλο χρονικό διάστημα, περίπου στους 3 - 5 μήνες και γίνεται μια φορά την

εβδομάδα, ενώ σε μερικές περιπτώσεις γίνεται περισσότερες φορές την εβδομάδα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανάλογα με το πρόβλημα που την απασχολεί. Επίσης δεν είναι απαραίτητο να συμμετέχουν όλα τα μέλη σε κάθε επίσκεψη αλλά θα ήταν καλύτερο αν όμως είναι συγκεντρωμένη όλη η οικογένεια κάθε φορά γιατί έτσι θα έχουν τη δυνατότητα να ανακαλύψουν τον εαυτό τους αλλά και το πώς λειτουργεί η οικογένεια σαν ομάδα. Σκοπός είναι να μειωθούν όσο είναι δυνατόν οι εντάσεις μεταξύ τους εάν το πρόβλημα είναι μεταξύ των μελών ή να μειωθούν τα συμπτώματα εάν το πρόβλημα είναι κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Η ασθένεια μπορεί να επιδεινωθεί όταν μια οικογένεια είναι δυσλειτουργική. Η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο και το μέγλωμα των παιδιών και η συμπεριφορά των γονιών απέναντι στα παιδιά παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Η ατμόσφαιρα στο σπίτι και η συμπεριφορά απέναντι σε αυτόν που αντιμετωπίζει κάποια ψυχιατρική διαταραχή είναι τόσο σημαντική όσο και η φαρμακευτική αγωγή. Όταν κάποιο μέλος έχει μια ψυχιατρική διαταραχή ο θεραπευτής εστιάζει περισσότερο στην οικογένεια ως σύνολο και λιγότερο στον πάσχοντα. Ενισχύει τα μέλη ώστε να συνεργάζονται σαν ομάδα και να στηρίζει ο ένας τον άλλον. Συμβουλεύει τα άτομα με λιγότερο καλή συμπεριφορά να αλλάξουν χαρακτήρα. Στους ενήλικες η οικογενειακή ψυχοθεραπεία έχει δείξει πως είναι χρήσιμη στις ακόλουθες περιπτώσεις: Χρήση ναρκωτικών, ουσιών και αλκοόλ, Διατροφικές διαταραχές, Κατάθλιψη, Διαταραχές συμπεριφοράς, Διαζύγιο, Σχιζοφρένεια, Σύγκρουση γονέων, Όταν κάποιο παιδί έχει πρόβλημα στο σχολείο και στη συμπεριφορά του.

Ομαδική θεραπεία. Η ομαδική ψυχοθεραπεία διαφέρει από την ατομική στο γεγονός ότι σε αυτήν συμμετέχουν περισσότερα από 2 άτομα και αντιπροσωπεύει ένα μικρόκοσμο της ευρύτερης κοινωνίας, όπου οι άρρωστοι μπορούν να επικοινωνούν και να εξωτερικεύονται με ασφάλεια. Πολλές φορές τα προβλήματα που απασχολούν τους ανθρώπους μιας ομάδας είναι κοινά (πχ πένθος, διαζύγιο). Πάντα πριν την εισαγωγή του καθένα στην ομάδα γίνεται μια συζήτηση με τον ή τους θεραπευτές και με τον καθένα ξεχωριστά προκειμένου να τοποθετηθεί στη κατάλληλη ομάδα. Στόχος της ομαδικής θεραπείας είναι να κάνει τους ανθρώπους ικανούς να βελτιώσουν τη δυνατότητα τους να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα της ζωής τους. Πολλοί πάλι, επιθυμούν να ενταχθούν σε μια θεραπευτική ομάδα άσχετα αν οι προηγούμενες συνεδρίες διεξάγονταν σε ατομικό επίπεδο. Εδώ η ομαδική θεραπεία διαφέρει από την ατομική στο γεγονός ότι η διάρκεια είναι μεγαλύτερη (1,5 ώρα) και οι συναντήσεις γίνονται στο ίδιο μέρος σε σταθερή μέρα, την ίδια ώρα και έχει συγκεκριμένους κανόνες και όρια. Τα όρια έχουν να κάνουν με την ώρα προσέλευσης του καθενός, με την ώρα αναχώρησης και τη συμπεριφορά του καθ' όλη τη διάρκεια της ομαδικής συνεδρίας. Συνήθως για να ολοκληρωθεί μια συνεδρία απαιτούνται 12 συναντήσεις. Απαρτίζεται από 4 – 8 άτομα. Επίσης σε μια θεραπευτική ομάδα μπορούν να συμμετέχουν και άντρες και γυναίκες. Καλό θα ήταν να έχουν συμμετάσχει και σε προηγούμενες ατομικές συνεδρίες ώστε να έχουν μια ιδέα για το πώς θα είναι η ομαδική θεραπεία χωρίς αυτό να είναι βέβαια απαραίτητο. Οι άνθρωποι που αποφασίζουν να πάρουν μέρος σε μια ομαδική ψυχοθεραπεία γνωρίζουν πως θα πρέπει να μοιραστούν τα προβλήματα με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Κάποιος ίσως μπορεί να αναφερθεί σε συζητήσεις άλλων συνεδριών και με διαφορετικά άτομα και θεραπευτές να αναλύσουν καταστάσεις και δεν είναι απίθανο να δώσουν όλοι κουράγιο, στήριξη και συμβουλές στο άτομο που λέει ένα προσωπικό πρόβλημα. Επίσης τα υπόλοιπα μέλη να ασκήσουν εποικοδομητική κριτική και να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Το θέμα με το οποίο ασχολείται η ομάδα δεν το καθορίζει ο ψυχοθεραπευτής αλλά προκύπτει αυθόρμητα μέσα από τις διαλέξεις των μελών. Παρόλα αυτά ο θεραπευτής θα πρέπει να εμπνέει ένα κλίμα

εμπιστοσύνης και άνεσης. Να ακούει με σεβασμό και προσοχή τις συζητήσεις που γίνονται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Όσα λέγονται μέσα στη συνεδρία είναι υπό το πρίσμα της απόλυτης εχεμυθείας μεταξύ του ψυχοθεραπευτή και των μελών. (περισσότερες πληροφορίες βλ. Ραγιά (2005) και Lenze et al. (2002))

Γνωστική – Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία. Η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελεί μια θεραπεία που προσπαθεί μέσα από μια ψυχαναλυτική προσέγγιση να κάνει τους ανθρώπους να αισθανθούν καλύτερα. Την ονομασία γνωστική την απέκτησε επειδή προσπαθεί να ανακαλύψει τον τρόπο σκέψης του ασθενούς για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον αλλά και τον αντίκτυπο που έχουν αυτές οι σκέψεις στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά (συμπεριφοριστική). Η χρήση της συγκεκριμένης θεραπείας, η οποία στηρίζεται αποκλειστικά σε επιστημονικές αρχές, είναι άκρως αποτελεσματική σε μεγάλη έκταση προβλημάτων (πανικός, αγοραφοβία, χρήση ουσιών, απώλειες από πένθος κ.α.) αλλά κυρίως για την καταπολέμηση του άγχους και της κατάθλιψης. Ο τρόπος λειτουργίας της γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι συγκεκριμένος. Αρχικά ο θεράπων ιατρός θέλει να έχει πλήρη επίγνωση του ιστορικού του ασθενούς. Έπειτα προσπαθούν να εντοπίσουν το πρόβλημα με βάση τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά ώστε κατανοηθεί ο τρόπος σύνδεσης που υπάρχει μεταξύ τους και πώς το ένα επηρεάζει το άλλο. Το σύνολο των συνεδριών εξαρτάται από την φύση αφενός και αφετέρου από την σοβαρότητα της κατάστασης του κάθε ασθενούς. Συνήθως οι συναντήσεις γίνονται κάθε εβδομάδα και διαρκούν 50 λεπτά. Ο αριθμός των συνεδριών που χρειάζονται είναι 10 με 15 αλλά αυτό δεν αποτελεί κανόνα διότι μπορεί να χρειαστούν είτε λιγότερες είτε περισσότερες. Η λήξη της θεραπείας έρχεται μετά την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί από θεράποντα και θεραπευτή. Μετά το πέρας των επισκέψεων θεραπευτής και ασθενής κανονίζουν κάποιες ακόμα συναντήσεις, περιορισμένου αριθμού, ώστε να διατηρηθεί το καλό αποτέλεσμα της θεραπείας. ((Lenze et al. (2002) and DeRubeis, Gelfand, Tang, Simons, (1999))

Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Χρησιμοποιώντας την ψυχαναλυτική θεωρία διαπιστώνουμε ότι τα ψυχικά προβλήματα του ανθρώπου δημιουργούνται μέσα από μια πάλη μεταξύ των ασυνείδητων ενστικτωδών ορμών από το « εκείνο » και των πιέσεων που ασκεί το «εγώ ή το υπereγώ στο εκείνο». Αυτή η πάλη προκαλεί μια ψυχική ένταση στο άτομο το οποίο προσπαθεί να την καταπολεμήσει κάνοντας χρήση αμυντικών μηχανισμών. Όταν το « εγώ » είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα η σύγκρουση είναι πολύ πιο έντονη και μοναδικός τρόπος για να αντιμετωπίσει το άτομο τις δυσκολίες είναι οι αμυντικοί του μηχανισμοί. Όλα αυτά οδηγούν στην δημιουργία ψυχοσωματικών προβλημάτων. Τα ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη, φοβίες, αίσθημα απογοήτευσης, δυσλειτουργίες συμπεριφορές, οικογενειακά προβλήματα κ.α.) αποτελούν λόγους που θα μπορούσαν να οδηγήσουν ένα άτομο στη ψυχανάλυση. Στόχος της ψυχανάλυσης είναι να οδηγήσει το άτομο στην κατανόηση των ασυνείδητων αυτών συγκρούσεων. Δεν αποσκοπεί στην άμεση αλλαγή της συμπεριφοράς αλλά προσπαθεί να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην απόκτηση αυτογνωσίας από το άτομο έτσι ώστε να αναδομηθεί όλη η προσωπικότητα και να ενδυναμωθεί το εγώ του. Έτσι γίνεται αντιληπτό πως σκοπός της θεραπείας δεν είναι η εξάλειψη ενός προβλήματος αλλά η κατανόηση του καθώς όλα προέρχονται από την μάχη μεταξύ του φόβου και των ασυνείδητων επιθυμιών την οποία επιδιώκει να ελέγξει μέσω των μηχανισμών άμυνας του. Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή δε μένει μόνο στο να ακούει αλλά μέσα από τις συζητήσεις να προσπαθεί να δώσει συμβουλές και να συμμετέχει ενεργά. Ο ειδικός είναι αυτός ο οποίος θα καθορίσει τον αριθμό

των συναντήσεων (συνήθως διαρκούν από μερικές εβδομάδες έως και δυο χρόνια). Οι συναντήσεις γίνονται τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα και έχουν διάρκεια 45 λεπτά η καθεμία. Επομένως ο θεραπευμένος είναι αυτός που θα πρέπει να δώσει τη δυνατότητα στον εαυτό του, να επεξεργαστεί και να αποδεχτεί όλες αυτές τις εσωτερικές συγκρούσεις ώστε να είναι σε θέση να τις τροποποιήσει εφόσον το θέλει και ο ίδιος. (DeRubeis, Gelfand, Tang, Simons, (1999))

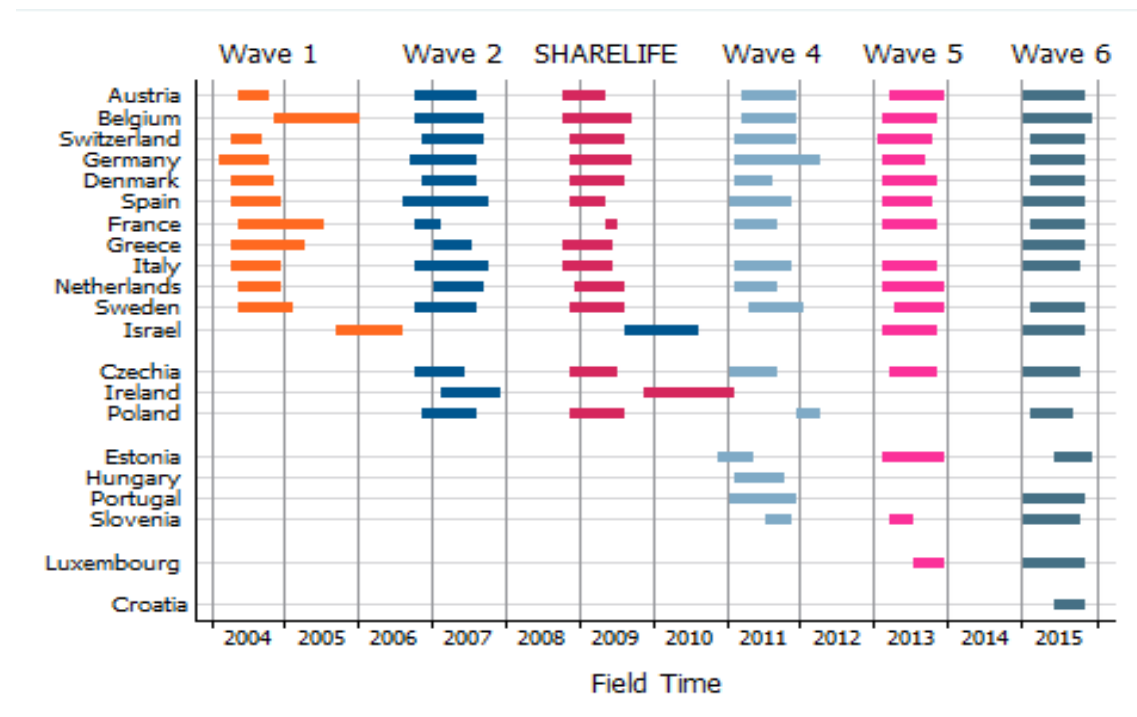
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

Η έρευνα για την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE) είναι μια διεπιστημονική και διακρατική βάση δεδομένων που περιέχει πίνακες σχετικά με πολλαπλά δεδομένα σχετικά με την υγεία, την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση και τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα περίπου 123.000 ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω. Περισσότερες από 293000 συνεντεύξεις σε 27 ευρωπαϊκές χώρες καθώς και το Ισραήλ. Η έρευνα διεξάγεται από το 2004 και κατανέμονται σε **διετή** κύματα. Ήδη είναι διαθέσιμα τα δεδομένα από τα κύματα 1 έως 5. Το κύμα 6 θα δημοσιευτεί την άνοιξη του 2017, όπου το 2017 θα ξεκινήσει και το κύμα 7. Τα δεδομένα είναι διαθέσιμα σε όλη την ερευνητική κοινότητα δωρεάν.

2.1 Ταυτότητα Έρευνας

Σε αυτή την ενότητα θα αναφερθούμε στα κύματα που είναι ήδη διαθέσιμα, ποιες χώρες πήραν μέρος, σε ποια χρονολογία κυμάνθηκαν και ποιο ήταν το δείγμα που συγκεντρώθηκε.



Εικόνα 1. Επισκόπηση χωρών από το 1 κύμα έως το 6 κύμα.

<http://www.share-project.org/data-documentation/waves-overview.html>

2.1.1 Κύμα 1

Το πρώτο κύμα ξεκίνησε το 2004 και ο συνολικός αριθμός δείγματος ατόμων ήταν 31115 (17304 γυναίκες και 13811 άνδρες). Οι χώρες που πήραν μέρος ήταν η Αυστρία, το Βέλγιο, η Δανία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Ισπανία, η Σουηδία, η Ελβετία και το Ισραήλ. Στο παρακάτω πίνακα βλέπουμε

αναλυτικά για κάθε χώρα έχουμε πόσα άτομα πήραν μέρος, πόσοι ήταν οι άντρες και οι γυναίκες και σε ποια ηλικιακή κατηγορία άνηκαν:

Χώρα	Σύνολο	Άντρες	Γυναίκες	Κάτω από 50 ετών	50-64 ετών	65 μέχρι 74 ετών	75+
Αυστρία	1.893	783	1,110	44	949	544	356
Βέλγιο	3.827	1741	2.086	128	1.947	992	760
Δανία	1.707	771	936	92	916	369	330
Γαλλία	3193	1.384	1.809	141	1.627	768	657
Γερμανία	3.008	1.380	1.628	65	1.569	887	486
Ελλάδα	2.898	1.244	1,654	218	1.450	714	516
Ισραήλ	2598	1.139	1.459	97	1.339	716	443
Ιταλία	2,559	1.132	1,427	51	1.342	785	381
Ολλανδία	2.979	1.367	1.612	102	1.693	715	462
Ισπανία	2396	996	1.400	42	1.079	701	574
Σουηδία	3.053	1.412	1.641	56	1.589	816	592
Ελβετία	1.004	462	542	42	505	252	204
Σύνολο	31115	13811	17304	1.078	16005	8259	5.761

Πίνακας 1. Κύμα 1 <http://www.share-project.org/data-documentation/sample.html>

2.1.2 Κύμα 2

Το δεύτερο κύμα ξεκίνησε το 2006 και ο συνολικός αριθμός δείγματος ατόμων ήταν 34415 (19152 γυναίκες και 15263 άνδρες). Οι χώρες που πήραν μέρος ήταν η Αυστρία, το Βέλγιο, η Τσεχική Δημοκρατία, η Δανία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Πολωνία, η Ισπανία, η Σουηδία και η Ελβετία. Στο πίνακα 2 που ακολουθεί βλέπουμε αναλυτικά για κάθε χώρα πόσοι πήραν μέρος, το φύλο τους και την ηλικιακή τους κατηγορία.

Χώρα	Σύνολο	Άντρες	Γυναίκες	Κάτω από 50 ετών	50-64 ετών	65 μέχρι 74 ετών	75+
Αυστρία	1.341	546	795	19	544	476	302
Βέλγιο	3.169	1.435	1,734	84	1.615	773	697
Τσεχική Δημοκρατία	2.830	1.191	1.639	81	1.569	690	490
Δανία	2.616	1.176	1.440	83	1.409	618	506
Γαλλία	2.968	1.273	1.695	117	1.518	718	615
Γερμανία	2.568	1.184	1.384	41	1.245	833	449
Ελλάδα	3.243	1.398	1.845	162	1,624	820	636
Ιρλανδία	1.134	514	620	27	622	282	203
Ιταλία	2.983	1.345	1.638	56	1.365	971	591
Ολλανδία	2.661	1.212	1,449	46	1.478	681	456
Πολωνία	2.467	1.074	1.393	42	1.351	605	469
Ισπανία	2.228	1.003	1.225	46	958	651	573
Σουηδία	2.745	1.267	1.478	38	1.294	808	605
Ελβετία	1.462	645	817	37	770	356	299
Σύνολο	34415	15263	19152	879	17362	9282	6891

Πίνακας 2. Κύμα 2 <http://www.share-project.org/data-documentation/sample.html>

2.1.3 Κύμα 3

Το τρίτο κύμα ή αλλιώς Sharelife κυμάνθηκε από το 2008 έως 2009 και ο συνολικός αριθμός δείγματος ήταν 26836 (14960 γυναίκες και 11875 άνδρες). Οι χώρες που πήραν μέρος ήταν η Αυστρία, το Βέλγιο, η Τσεχική Δημοκρατία, η Δανία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Πολωνία, η Ισπανία, η Σουηδία και η Ελβετία. Στο πίνακα 3 που ακολουθεί βλέπουμε αναλυτικά για κάθε χώρα πόσα άτομα πήραν μέρος, το φύλο τους και την ηλικιακή τους κατηγορία.

Χώρα	Σύνολο	Αντρες	Γυναίκες	Κάτω από 50 ετών	50-64 ετών	65 μέχρι 74 ετών	75+
Αυστρία	847	343	504	14	300	325	208
Βέλγιο	2832	1.267	1.565	45	1.280	758	747
Τσεχική Δημοκρατία	1.837	791	1.082	24	922	568	359
Δανία	2.141	958	1.183	44	1.090	556	451
Γαλλία	2.483	1.078	1.404	42	1.151	643	647
Γερμανία	1852	864	988	22	793	682	355
Ελλάδα	2.951	1.275	1.676	84	1.414	787	666
Ιταλία	2.492	1.129	1.363	28	1.030	878	556
Ολλανδία	2.210	1.007	1.203	22	1.090	673	425
Πολωνία	1.918	852	1.066	22	1.076	467	353
Ισπανία	2.048	904	1.144	32	828	593	595
Σουηδία	1.893	848	1.045	9	731	679	474
Ελβετία	1.296	559	737	33	611	359	293
Σύνολο	26836	11.875	14960	421	12316	7968	6129

Πίνακας 3. Κύμα 3

<http://www.share-project.org/data-documentation/sample.html>

2.1.4 Κύμα 4

Το τέταρτο κύμα περιλάμβανε ένα συγχωνευμένο δείγμα 18742 ατόμων από τα δύο πρώτα κύματα. Αυτό σημαίνει ότι χώρες που δεν είχαν διαχρονικό δείγμα έμειναν εκτός, όπως το Ισραήλ, η τσεχική Δημοκρατία και η Πολωνία. Αναλυτικά στον πίνακα 4, βλέπουμε τις χώρες όπου κινήθηκε η έρευνα το 2011.

Χώρα	Σύνολο	Αντρες	Γυναίκες	Κάτω από 50 ετών	50-64 ετών	65 μέχρι 74 ετών	75+
Αυστρία	1.238	509	729	12	498	437	291
Βέλγιο	2808	1.281	1.527	48	1.379	726	655
Δανία	1.249	564	685	26	619	316	288
Γαλλία	1.999	848	1.151	56	978	514	451
Γερμανία	1.544	710	834	10	685	571	278
Ελλάδα	2.280	966	1.314	82	1.076	609	513
Ιταλία	1.766	765	1.001	12	762	614	378
Ολλανδία	1.777	804	973	15	893	516	353
Ισπανία	1.375	576	799	9	532	435	399
Σουηδία	2.010	930	1.080	17	934	610	449
Ελβετία	696	379	817	11	329	192	164
Σύνολο	18742	8332	10910	298	8685	5.540	4219

Πίνακας 4. Κύμα 4

<http://www.share-project.org/data-documentation/sample.html>

2.1.5 Κύμα 5

Στο πέμπτο κύμα όπου η έρευνα πραγματοποιήθηκε ουσιαστικά το 2013, το δείγμα αποτελούταν από 25678 άτομα συγχωνεύοντας τα 3 πρώτα κύματα. Οι χώρες που δεν μετείχαν και στα τρία κύματα έμειναν εκτός. Αναλυτικά στον πίνακα 5 βλέπετε ποιες χώρες πήραν εν τέλει μέρος, πόσα ήταν τα άτομα, το φύλο τους και την ηλικιακή τους κατηγορία.

Χώρα	Σύνολο	Αντρες	Γυναίκες	Κάτω από 50 ετών	50-64 ετών	65 μέχρι 74 ετών	75+
Αυστρία	791	320	471	7	279	303	202
Βέλγιο	2,770	1.239	1.531	39	1.242	745	743
Τσεχική Δημοκρατία	1.789	743	1,046	17	881	540	351
Δανία	2.083	927	1.156	38	1.054	548	443
Γαλλία	2.375	1.029	1.345	33	1.094	622	626
Γερμανία	1.804	839	965	18	772	666	348
Ελλάδα	2.881	1.243	1.638	79	1.379	770	653
Ιταλία	2.426	1.093	1.333	23	997	860	546
Ολλανδία	2.115	958	1.157	17	1.039	646	413
Πολωνία	1.699	730	969	11	935	429	324
Ισπανία	1.894	819	1.075	25	743	562	564
Σουηδία	1.827	819	1.008	6	697	662	462
Ελβετία	1.224	528	696	22	578	340	284
Σύνολο	25678	11287	14.390	335	11690	7693	5959

Πίνακας 5. Κύμα 5

<http://www.share-project.org/data-documentation/sample.html>

2.1.6 Κύμα 6

Η έρευνα του 6^{ου} κύματος πραγματοποιήθηκε το 2015. Οι χώρες που πήραν μέρος ήταν Αυστρία, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Ελλάδα, Ελβετία, Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Ισραήλ, Πολωνία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Σλοβενία, Εσθονία και Κροατία. Τα αποτελέσματα θα δημοσιευτούν την άνοιξη του 2017.

2.2 Τα ερωτηματολόγια του Share

Η Έρευνα για την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση ξεκινάει με ένα εισαγωγικό ερωτηματολόγιο, ακολουθεί το κύριο ερωτηματολόγιο με τη χρήση των βοηθητικών καρτών και έπειτα δίνονται ερωτηματολόγια όπου τα συμπληρώνει ο ίδιος ο ερωτώμενος. Ενδεικτικά θα παρουσιάσουμε τις ερωτήσεις καλύπτοντας όλες τις ενότητες, για περισσότερη ωστόσο ανάλυση τα ερωτηματολόγια διατίθενται στην ιστοσελίδα του Share

<http://www.share-project.org/data-documentation/questionnaires.html>

Εισαγωγικό ερωτηματολόγιο

Η έρευνα ξεκινάει με ένα εισαγωγικό ερωτηματολόγιο από τον ερευνητή, έτσι ώστε να κατανοήσει πόσοι μένουν σε ένα νοικοκυριό με κύριο στόχο να κρίνει ποιο μέλος του νοικοκυριού είναι ο κατάλληλος για να προχωρήσει στη συνέντευξη. Οι ερωτήσεις αναφέρονται στο μικρό όνομα κάθε ερωτώμενου, το φύλο τους, τι ηλικία έχουν, αν έχουν γεννηθεί μετά ή πριν το κατάλληλο έτος που στοχεύουν (συγκεκριμένα αν έχουν γεννηθεί πριν ή μετά ή περίπου το 1954), αν μένουν μόνοι τους ή με σύντροφο / σύζυγο, το όνομα και τις ηλικίες αυτών, καθώς αν μένουν και άλλα άτομα στο συγκεκριμένο νοικοκυριό και ποια η σχέση τους με τον συγκεκριμένο ερωτώμενο, το φύλο τους, το όνομα τους, την ηλικία τους κ.κ.

Κύριο ερωτηματολόγιο

Το κύριο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 20 ενότητες. Οι ερωτήσεις γίνονται πρόσωπο με πρόσωπο σε άτομα που κρίθηκαν από το εισαγωγικό ερωτηματολόγιο να απαντήσουν σχετικά με τα οικονομικά της οικογένειας, είτε απαντά ο ερευνώμενος, είτε ο πληρεξούσιος ή και οι δυο.

Οι ερωτήσεις ξεκινάνε με τη λήψη των **δημογραφικών στοιχείων** και παρέχει πληροφορίες όπως όνομα, ημερομηνία και χώρα γέννησης, τι υπηκοότητα έχουν οι ερωτώμενοι, ποιο είναι το μορφωτικό τους επίπεδο, τι εκπαιδευτικά πιστοποιητικά έχουν αποκτήσει και ποια είναι η οικογενειακή τους κατάσταση. Ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση ζητούνται πληροφορίες σχετικά με το ποια χρονολογία μπορεί να ξεκίνησε ένας γάμος ή μια συγκατοίκηση, αν τελείωσε και πότε, αν χώρισαν ή αν απεβίωσε το έτερον ήμισυ. Έπειτα ζητούνται να δώσουν πληροφορίες για το άτομο αυτό, όπως το όνομα, την ηλικία, την υπηκοότητα, το μορφωτικό επίπεδο, τι πτυχία ή πιστοποιητικά κατείχε και πια είναι η πρόσφατη εργασία που είχε.

Έπειτα διατυπώθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τους **γονείς** και τα **αδέρφια** των ερωτώμενων. Καταρχάς αν οι γονείς ζουν (βιολογικοί και μη), πόσο χρονών είναι ή θα ήταν αν ζούσαν και ποια ήταν η τελευταία εργασία τους. Έπειτα από τη στιγμή που τουλάχιστον ζει ο ένας από τους δυο, η έρευνα αναφέρθηκε σε ερωτήσεις όπως με το που ζουν οι γονείς, συγκεκριμένα σε πόση απόσταση με τους ερωτώμενους, το τελευταίο 12μηνο πόσο συχνά είχαν επαφή μαζί τους είτε τηλεφωνικά, προσωπικά ή μέσω ταχυδρομείου και πως θα περιγράφαμε την υγεία τους. Ακολουθούν οι ερωτήσεις σχετικά με το αν υπάρχουν αδέρφια (βιολογικά και μη), μεγαλύτερα ή μικρότερα, αδελφές ή αδελφοί και αν και πόσοι ζουν.

Η έρευνα συνεχίζεται με ερωτήσεις σχετικά με την **υγεία**. Πως κρίνουν την υγεία τους, αν έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και κατά πόσο τους περιορίζει. Ο εξεταστής, με τη βοήθεια των καρτών, σημειώνει από ποιες ασθένειες πάσχουν (σύμφωνα με γιατρό), σε ποια ηλικία διαγνώστηκαν, αν πάσχουν από καρκίνο και ποιο όργανο/α πλήττει. Έπειτα αναφέρεται σε παθήσεις ή ενοχλήσεις κατά το τελευταίο εξάμηνο και σημειώνει για ποιο λόγο λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.

Οι ερωτήσεις για την υγεία συνεχίζονται με την αναφορά στο ύψος, το βάρος, στο αν φορά γυαλιά ή φακούς επαφής, κατά πόσο κρίνουν καλή την όρασή τους σε μακρινές ή κοντινές αποστάσεις με τη χρήση βοηθητικών μέσων, αν χρησιμοποιούν ακουστικό βοήθημα και κατά πόσο κρίνουν ότι τους βοηθάει και τέλος αν φοράνε τεχνητή οδοντοστοιχία.

Στη συνέχεια ο εξεταζόμενος καλείται να αναγνωρίσει τις δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας ή εξαιτίας κάποιου σωματικού, ψυχικού, συναισθηματικού ή μνήμης προβλήματος και να αναφέρει αν έχει βοήθεια στην καθημερινότητα του.

Ακολουθούν ερωτήσεις σχετικά με τους **κινδύνους συμπεριφοράς**, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και ερωτήσεις σχετικά με τη **γνωστική λειτουργία** μέσω τεστ κατανόησης, όπως ερωτήσεις σχετικά με την ανάγνωση, την γραφή, τη μνήμη και την ικανότητα χρήσης αριθμών.

Πέρα από την σωματική υγεία, μεγάλη βαρύτητα έχουν οι ερωτήσεις σχετικά με την **Ψυχική υγεία**. Για το πώς αισθάνονται οι ερωτώμενοι, αν τον τελευταίο μήνα ήταν λυπημένοι ή καταθλιπτικοί, τι ελπίζουν για το μέλλον, αν έχουν αισθήματα ενοχής ή αυτοκτονικές τάσεις, προβλήματα στον ύπνο και στην όρεξη, αν υπάρχει ενδιαφέρον για το τι συμβαίνει γύρω τους και αν διατηρούν τα ενδιαφέροντά τους, τη διάθεση έχουν, τι τους ευχαριστεί τελευταία σε δραστηριότητες, αν έχουν αδυναμία συγκέντρωσης, πόσο ευέξαπτοι είναι τον τελευταίο καιρό, αν έκλαψαν, αν έχουν στο παρελθόν υποφέρει από συμπτώματα κατάθλιψης ή έχουν πάρει φαρμακευτική αγωγή και πόσο χρονών ήταν όταν συνέβησαν για πρώτη φορά και αν έχουν νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή κλινική.

Το κύριο ερωτηματολόγιο περιέχει ακόμα ερωτήσεις σχετικά με την **περίθαλψη υγείας** και οι περισσότερες αφορούσαν το τελευταίο 12μηνο. Ερωτήσεις όπως πόσες φορές επισκέφτηκαν ιατρό είτε ιδιώτη είτε δημοσίου, τι ειδικότητας ήταν, αν ήταν για πρόβλημα που προϋπήρχε ή καινούργιο ή για τσεκ απ, πόσο καιρό περίμενε το ραντεβού και αν τελευταία έχουν επισκεφτεί οδοντίατρο. Ακόμα αν έχουν νοσηλευτεί στο νοσοκομείο είτε ιδιωτικού είτε δημοσίου, πόσο συχνά, πόσα βράδια διανυκτέρευσαν και για ποιους λόγους. Αν έκαναν κάποια εξειδικευμένα χειρουργεία, ήταν προγραμματισμένα ή επείγον και πόσο καιρό περίμεναν για την επέμβαση. Επίσης αν υποβλήθηκαν σε χειρουργεία σαν εξωτερικοί ασθενείς, πόσο συχνά και τι επεμβάσεις ήταν. Αν έχουν νοσηλευτεί για λόγους ψυχικής υγείας. Υπήρξαν ερωτήσεις σχετικά με νοσηλευτικά ιδρύματα φροντίδας (γηροκομεία), όπως αν έχουν διανυκτερεύσει και πόσο χρονικό διάστημα. Έγιναν ερωτήσεις για επαγγελματική ή αμειβόμενη ή προσωπική φροντίδα, πόσο καιρό μπορεί να έλαβαν κάποια από αυτές, υπήρχε βοήθεια από το Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι. Εκτός από περίθαλψη από το Δημόσιο ή το ΕΣΥ έλαβαν φροντίδα από ιδιωτικούς φορείς, για ποιο λόγο και ποια είδη βοήθειας έλαβαν. Διάφορες ερωτήσεις έγιναν για το κόστος της περίθαλψης και για τα έξοδα φροντίδας και κατά πόσο επηρέασε τη λήψη φροντίδας καθώς ακλούθησαν και ερωτήσεις σχετικά με αποζημιώσεις από ταμεία και εργοδότες και όσον αφορούσε την φαρμακευτική αγωγή. Φυσικά έγιναν εκτενείς ερωτήσεις σχετικά με τα ασφαλιστικά ταμεία όπου ανήκουν, όπως τις κρατήσεις, ιατρικές παροχές, έξοδα κα.

Στη συνέχεια περνώντας στην επόμενη ενότητα έγιναν ερωτήσεις σχετικά με την **Εργασία και την συνταξιοδότηση**. Ξεκινώντας ποια είναι η τωρινή κατάστασή των ερωτώμενων, σε τι είδος εργασίας/ες έχουν απασχοληθεί (μισθωτός, δημόσιος υπάλληλος, αυτοαπασχολούμενος), με τι συμβάσεις, πότε ξεκίνησαν, ποια προσόντα κατείχαν για τις εργασίες τους, το είδος της επιχείρησης ή της υπηρεσίας, την επωνυμία, πόσα άτομα απασχολούνται μαζί με τον ερωτώμενο, ποιο είναι το εισόδημα, πόσο συχνά πληρώνονται κα. Έπειτα έγιναν διάφορες ερωτήσεις με σχόλια ή περιγραφές προκειμένου για να περιγράψουν την εργασία τους, το εισόδημα, την ασφαλιστική κάλυψη, τις κρατήσεις, τα έξοδα και κατά πόσο τους ικανοποιεί η

δουλειά τους. Στη συνέχεια ακλούθησαν οι ερωτήσεις για την σύνταξη, όπως ποια χρονιά ξεκίνησε, ποιο ήταν το ποσό, αν έλαβαν κάποια επιπρόσθετη ή εφάπαξ πληρωμή κοκ.

Η επόμενη ενότητα ερωτήσεων έχει να κάνει με τη **δύναμη λαβής**. Είναι μια άσκηση σφιξίματος των χεριών όσο πιο δυνατά μπορεί ο κάθε ερωτώμενος. Γίνονται δυο μετρήσεις με δυναμόμετρο εναλλάξ των χεριών. Ο εξεταστής παρατηρεί την κατάσταση αν μπορεί να χρησιμοποιήσει και τα δυο χέρια, το ένα ή κανένα και καταγράφει το αποτέλεσμα στον πλησιέστερο ακέραιο αριθμό.

Συνεχίσουμε με το τεστ **ταχύτητας βάδισης**. Καταρχάς ο εξεταστής παρατηρεί την κατάσταση του ερωτώμενου αν είναι περιπατητικός και αν χρειάζεται βοήθεια. Από τη στιγμή που είναι περιπατητικός, δε χρειάζεται βοήθεια, δεν έχει κάποιο πρόβλημα υγείας και ο χώρος είναι κατάλληλος, παίρνει την έγκρισή του για να ξεκινήσει το τεστ μικρής απόστασης. Σε περίπτωση που χρησιμοποιεί κάποιο βοήθημα αναφέρουμε ποιο είναι αυτό. Καταγράφει το αποτέλεσμα της δοκιμασίας και επαναλαμβάνει. Έπειτα ρωτάει για τυχόν πόνους. Σε περίπτωση που δεν ολοκληρωθεί το τεστ καταγράφουμε τους λόγους πχ άρνηση ή λόγοι ασφάλειας κλπ.

Ακολουθούν ερωτήσεις σχετικά με τα **παιδιά** των ερωτώμενων. Όπως πόσα παιδιά έχουν, είτε είναι φυσικά, θετά, υιοθετημένα ή ετεροθαλή. Πόσα είναι εν ζωή, και αναλυτικά για κάθε παιδί πιο είναι το όνομα του, το φύλο του, την ημερομηνία γέννησής του, που μένει, ποια είναι η οικογενειακή του κατάσταση και αν έχει παιδιά πόσα έχει. Συνεχίζουμε ρωτώντας πόσο συχνά υπάρχει επαφή τον τελευταίο χρόνο με το παιδί, ποια χρονιά έφυγε από το πατρικό του, ποια είναι η κατάσταση απασχόλησης και ποιο ήταν το υψηλότερο απολυτήριο ή πτυχίο που απέκτησε. Τέλος ρωτάει πόσα εγγόνια ή και δισέγγονα έχει αποκτήσει.

Μια άλλη κατηγορία ερωτήσεων αναφέρεται στο πως **οι άνθρωποι στηρίζουν ο ένας τον άλλο**. Ερωτήσεις που αφορούν τη βοήθεια που μπορεί ο ερωτώμενος να έλαβε ή να πήρε από άλλα άτομα (είτε μέλος της οικογένειας εκτός νοικοκυριού, είτε φίλους, γείτονες, είτε για άτομα μέσα στο νοικοκυριό) το τελευταίο 12μηνο, όπως ποια ήταν τα είδη βοήθειας, πόσες φορές δεχτήκαν ή έδωσαν βοήθεια συνολικά και πόσες ήταν οι ώρες περίπου. Στη συνέχεια ακολουθούν ερωτήσεις αν έχουν φροντίσει τα εγγόνια τους, συγκεκριμένα για κάθε εγγόνι από ποιο παιδί ήταν, πόσο συχνά το φρόντιζαν και πόσες ώρες περίπου.

Η επόμενη ενότητα ερωτήσεων έχει να κάνει με την **παροχή χρηματοοικονομικών μεταφορών**, για την ακρίβεια οικονομικά ή υλικά δώρα ή στήριξη σε άλλους όπως γονείς, παιδιά, εγγόνια, άλλους συγγενείς, ή φίλους ή γείτονες. Περιέχει ερωτήσεις αν δόθηκε το τελευταίο 12μηνο οικονομική βοήθεια ή υλικό δώρο, σε ποιον παρείχατε τη βοήθεια, πόσα χρήματα περίπου και ποιος ήταν ο κύριος λόγος του δώρου ή της στήριξης σας. Οι ερωτήσεις επαναλαμβάνονται αν έχουν βοηθήσει περισσότερα από ένα άτομο. Στη συνέχεια όμοιες ερωτήσεις γίνονται για οικονομική στήριξη ή υλικά δώρα που μπορεί να έχει δεχτεί ο ίδιος ο ερωτώμενος τον τελευταίο χρόνο, αν έχει λάβει βοήθεια, πόσα χρήματα περίπου και ποιος ήταν ο κύριος λόγος του δώρου ή της στήριξης. Έπειτα γίνονται ερωτήσεις σχετικά με κληρονομίες που μπορεί να έχουν λάβει, όπως χρήματα, αγαθά ή περιουσία αξίας πάνω από 5000 ευρώ. Ποια χρονιά τη δεχτήκατε, από ποιον τη λάβατε και ποια ήταν η αξία της (είτε σε ευρώ είτε σε άλλο νόμισμα).

Δε θα μπορούσαν να λείπουν ερωτήσεις σχετικά με την **κατοικία**. Ερωτήσεις όπως αν το σπίτι που διαμένει είναι ιδιόκτητο, αν φιλοξενείται ή αν το ενοικιάζει κλπ. Σε

περιπτώσεις αν ενοικιάζει την κατοικία του, ακολουθούν ερωτήσεις όπως κάθε πότε πληρώνει ενοίκιο και πόση περίοδο καλύπτει, πότε ήταν η τελευταία πληρωμή, πόσο ήταν το πόσο, αν στα έξοδα ενοικίου συμπεριλαμβάνονται και τα τρέχον έξοδα του σπιτιού όπως ΔΕΗ, νερό κοινόχρηστα κλπ, πόσο ήταν τα έξοδα εκτός ενοικίου σε διάστημα από μια εβδομάδα έως έξι μήνες πριν και το τελευταίο χρόνο αν έχουν καθυστερήσει πάνω από δυο μήνες να πληρώσουν το ενοίκιο. Σε περιπτώσεις που η κατοικία είναι ιδιόκτητη ακολουθούν ερωτήσεις όπως πως και πότε την απέκτησαν και αν έχουν δάνεια ή υποθήκες, περίπου πόσο κοστολογούν την κατοικίας τους και αν έχουν κι άλλες δευτερεύουσες κατοικίες, εξοχικά, γη κλπ. Αν υπάρχουν δάνεια/υποθήκες διεξάγονται αναλυτικές ερωτήσεις σχετικά με το ποσό που οφείλουν, πόσα χρόνια απομένουν μέχρι τη λήξη τους, αν είναι τακτικοί στις δόσεις τους, κάθε πότε είναι η δόση και αν έχουν καθυστερήσει το τελευταίο χρόνο τη δόση πάνω από δυο μήνες. Στη συνέχεια αναφερόμαστε σε ερωτήσεις σχετικά με την ίδια την οικία, το είδος του κτηρίου, αν υπάρχουν σκάλες, πόσα δωμάτια έχει και την χρήση τους από τα μέλη του νοικοκυριού. Οι ερωτώμενοι αναφέρουν αν υπάρχουν ειδικά βοηθήματα για άτομα με αναπηρία ή προβλήματα υγείας. Τέλος θα αναφέρουν πόσο χρονικό διάστημα μένουν στην οικία, πως θα περιέγραφαν την περιοχή που διαμένουν (πχ. Μεγαλούπολη, προάστιο κλπ) και αν υπάρχει και άλλη κατοικία που διαμένουν και που βρίσκεται.

Η επόμενη ενότητα έχει να κάνει σχετικά με το **εισόδημα των νοικοκυριών** το τελευταίο έτος. Συγκεκριμένα ποιο ήταν το συνολικό εισόδημα, από ποια μέλη του νοικοκυριού προήλθε και αν το νοικοκυριό έλαβε μεταβιβαστικές πληρωμές όπως διάφορα επιδόματα, για ποιο λόγο και ποιο ήταν το ποσό αυτό.

Ακολουθούν ερωτήσεις (πάντα με τη βοήθεια των καρτών) για τις **δαπάνες των νοικοκυριών** και πως το νοικοκυριό διαχειρίζεται τα οικονομικά του. Για παράδειγμα σε ένα τυπικό μήνα ποια ήταν τα ποσά που καταναλώθηκαν για φαγητό (είτε μέσα στο σπίτι, είτε έξω), για τηλέφωνα και για άλλα αγαθά.

Οι επόμενες ερωτήσεις έχουν να κάνουν με την **αποταμίευση ή επενδύσεις** που τυχόν μπορεί να έχουν κάνει οι ερωτώμενοι. Αναλυτικές ερωτήσεις σχετικά με το αν έχουν τραπεζικούς λογαριασμούς, αν έχουν επενδύσει σε κρατικά ή εταιρικά ομόλογα, αν έχουν μετοχές ή μερίδια (εισηγμένα ή μη στο χρηματιστήριο), αν έχουν αμοιβαία κεφάλαια ή επενδυτικούς λογαριασμούς υπό διαχείριση, αν έχουν ατομικούς λογαριασμούς σύνταξης, αν έχουν αποταμιεύσει σε στεγαστικό ταμιευτήριο και αν έχουν κάνει ασφάλεια ζωής. Σε αυτή την ενότητα σχολιάζονται και ερωτήσεις σχετικά με την κατοχή ή ιδιοκτησία εταιρίας ή επιχείρησης, αν έχουν στην κατοχή τους αυτοκίνητο/α και κάποιες ερωτήσεις σχετικά με χρέη που μπορεί να έχουν οι ερωτώμενοι.

Οι τελευταίες ερωτήσεις του κυρίως ερωτηματολογίου έχουν να κάνουν με τις **δραστηριότητες** των ερωτηθέντων (με τι ασχολούνται, πόσες ώρες αφιερώνουν, τους λόγους δραστηριοποίησης τους και αν ικανοποιήθηκαν μέσω της δραστηριότητας) και με τις **προσδοκίες** που έχουν για το μέλλον τους, όπως τι σκέφτονται για τα επόμενα χρόνια, τι πιθανότητες υπάρχουν να αποκτήσουν ή να αφήσουν κληρονομίες ή άλλων πολύτιμων ειδών, ερωτήσεις σχετικά με τι μπορεί να γίνει με τις συντάξεις τους, τι προσδόκιμο δίνουν και πως βλέπουν τον εαυτό τους στα επόμενα χρόνια και πως θα διέθεταν χρήματα αν τυχόν θα λάβαιναν.

Στη συνέχεια στους ερωτώμενους δίνονται ερωτηματολόγια που συμπληρώνουν μόνοι τους με σκοπό να αποκτηθούν περισσότερες πληροφορίες.

2.3 Αναφορά σε δημοσιεύσεις του Share

Ο Abu-Rayya (2006) συνέλεξε από το πρώτο κύμα δείγμα 10207 ατόμων ηλικίας 65 ετών και πάνω. Οι 4601 ήταν άνδρες και οι 5606 γυναίκες. Για την λήψη των συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκαν μια κλίμακα κατάθλιψης 12 σημείων, εφαρμόζοντας κατάλληλες μεθόδους Περιγραφικής στατιστικής και στατιστικών ελέγχων ανεξαρτησίας. Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι αυξανόμενη συμμετοχή σε δραστηριότητες μειώνει την κατάθλιψη. Μεγάλο ήταν το ποσοστό (58%) που δεν συμμετείχε σε δραστηριότητες. Γενικά φαίνεται ότι όσο μεγαλύτεροι είναι σε ηλικία οι συμμετέχοντες, τόσο λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες έχουν, χωρίς το φύλο να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο.

Οι Achdut, Tur-Sinai και Troitsky (2015) από τα κύματα 1 και 2 συνέλεξαν 1231 άτομα εργατικού δυναμικού Ισραηλινής καταγωγής, ηλικίας μεταξύ 50-67 ετών. Μεταξύ των στατιστικών μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν περιλαμβάνονται τα Πολυωνμικά λογιστικά μοντέλα, έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 και τεχνικές Περιγραφικής Στατιστικής. Μερικά από τα συμπεράσματα τόνισαν ότι η υγεία και η ηλικία συνδέονται στενά και παίζουν σημαντικό ρόλο στο αν οι ηλικιωμένοι είναι μέσα ή έξω από το εργατικό δυναμικό και τη διατήρησή τους εκεί. Η εκπαίδευση επίσης είναι σημαντικός και καθοριστικός παράγοντας στην ένταξη του ατόμου στο εργατικό δυναμικό και στην αγορά εργασίας. Ακόμα η οικογενειακή κατάσταση, ο πλούτος και η εθνικότητα επηρεάζουν στην ένταξη και στην παραμονή στο εργατικό δυναμικό.

Οι Adena και Myck (2014) συνέλεξαν από τα κύματα 2 και 4 δείγμα 28042 ατόμων και 17325 ατόμων αντίστοιχα με ηλικία 50 ετών και άνω. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων εφαρμόστηκαν μέθοδοι Περιγραφικής Στατιστικής και η τροποποιημένη κλίμακα OECD. Μεταξύ των συμπερασμάτων που εξήχθησαν περιλαμβάνεται η επαλήθευση της ύπαρξης της συσχέτισης ανάμεσα στο επίπεδο διαβίωσης και της θνησιμότητας.

Οι Alavinia and Burdorf (2008) από το κύμα 1 συνέλεξαν δείγμα 11462 ατόμων Ευρωπαϊκής καταγωγής μεταξύ 50 έως 64 ετών. Για την ανάπτυξη των αποτελεσμάτων εφαρμόστηκε λογιστική παλινδρόμηση, κατάλληλη κλίμακα κατάθλιψης και ο συντελεστής συσχέτισης Pearson. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι η έλλειψη εκπαίδευσης, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και η παχυσαρκία επιδρούν στη μη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό. Η κατάθλιψη και άλλες χρόνιες παθήσεις όπως εγκεφαλικά επεισόδια, διαβήτης και μυο-σκελετικές παθήσεις συνδέονται στενά με την πρόωση συνταξιοδότηση και παραμονή στο σπίτι καθώς και με την ανεργία.

Οι Albertini and Garriga (2011) συγκέντρωσαν από το κύμα 1 δείγμα 21654 ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω (5756 από τη Σουηδία, 2981 από τη Δανία, 6979 από το Βέλγιο και 5938 από τη Γαλλία). Οι μέθοδοι που εφαρμόστηκαν ήταν Περιγραφική Στατιστική, μοντέλα Παλινδρόμησης και τεχνικές πολυπαραγοντικής ανάλυσης. Κάποια από τα αποτελέσματα που εξήχθησαν αναφέρουν ότι τα διαζύγια έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες στις σχέσεις μεταξύ γονέων/παιδιών καθώς και στην ευημερία των παιδιών και δεν μειώνονται καθώς αυξάνεται η ηλικία του

παιδιού. Όσο όμως τα παιδιά είναι πιο μικρά, τόσο πιο αποδιοργανωτικές είναι οι σχέσεις μεταξύ γονέων /παιδιών.

Οι Albertini and Kohli (2013) από το κύμα 1, συνέλεξαν 27513 συνεντεύξεις από 10 χώρες (Δανία, Σουηδία, Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Περιγραφική Στατιστική, έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 και probit μοντέλα. Μεταξύ των αποτελεσμάτων που εξήχθησαν περιλαμβάνεται η επιβεβαίωση του ρόλου της οικογενείας. Γενικότερα οι γονείς βοηθούν οικονομικά τα παιδιά τους σε κάθε ανάγκη τους ακόμα και αφού έχουν φύγει από την πατρική κατοικία. Στη νότια Ευρώπη οι γονείς δίνουν παρατεταμένη συν-κατοικία, σε σύγκριση με άλλες χώρες. Τα παιδιά αναμένεται να εγκαταλείψουν το σπίτι των γονιών μόνο μετά την ολοκλήρωση της εκπαιδευτικής τους σταδιοδρομίας, εξεύρεση σταθερής δουλειάς και αφού παντρευτούν και μπορούν να επιστρέψουν σε δύσκολες περιστάσεις (οικονομικών λόγων ή διαζυγίου).

Οι Albertini και Kohli (2009) από το κύμα 1 συγκέντρωσαν δείγμα 22777 ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω, από 10 ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ολλανδία, Ισπανία, Σουηδία και Ελβετία). Για την εξαγωγή των συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές Περιγραφικής Στατιστικής, multi-logit μοντέλα και μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Κάποια από τα συμπεράσματα που εξήχθησαν έδειξαν ότι οι διαφορές στη συμπεριφορά μεταξύ γονέων και ενήλικων χωρίς παιδιά είναι μικρές, τα δίκτυα υποστήριξης των άτεκνων είναι πιο ποικιλόμορφα από εκείνες των γονέων. Επιπλέον, οι άνθρωποι που δεν έχουν παιδιά τείνουν να συμμετέχουν πιο έντονα σε φιλανθρωπικές οργανώσεις και οργανισμούς.

Οι Albertini και Pavolini από τα δυο πρώτα κύματα του *Share project*, συγκέντρωσαν δείγμα 9824 ατόμων ηλικίας τουλάχιστον 65 ετών σε 4 ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Γερμανία, Γαλλία και Ιταλία). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν περιλαμβάνουν μοντέλα Logit και Περιγραφική Στατιστική. Κάποια από τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι ότι η πιθανότητα λήψης επαγγελματικής φροντίδας διαφέρει σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων χωρών. Στη Γαλλία και στη Δανία πέρα από ότι έχουν υψηλότερα ποσοστά κάλυψης προγραμμάτων φροντίδας μακράς διαρκείας, βασίζονται και σε συστήματα με μεγάλο βαθμό παροχής υπηρεσιών, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα προγράμματα μετρητών είναι πιο συχνά στην Ιταλία και τη Γερμανία. Το μορφωτικό επίπεδο δεν παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της πιθανότητας της χρήσης επαγγελματικής φροντίδας. Στην Ιταλία και τη Γερμανία, θετική είναι η επίδραση του εισοδήματος σχετικά με την πιθανότητα λήψης επαγγελματικής φροντίδας και αυξάνεται προοδευτικά με βάση το εισόδημα. Αντίθετα, τόσο στη Γαλλία όσο και στη Δανία η σχέση μεταξύ εισοδήματος και παροχής επαγγελματικής φροντίδας δεν είναι σημαντική.

Ο Albuquerque (2014) συνέλεξε από το κύμα 4, δείγμα 33647 ατόμων ηλικίας 50 ετών και πάνω σε 16 χώρες. Για την απόκτηση των συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι Περιγραφικής Στατιστικής, ο στατιστικός έλεγχος t και το τεστ του *Cohen's d*. Μερικά από τα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι ότι στην Πορτογαλία είναι λιγότερο συχνές οι μεταφορές χρόνου και χρημάτων μεταξύ γονέων και παιδιών σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες που εξετάστηκαν. Σε ηλικίες κάτω των 55 ετών εμφανίζεται πιο χαμηλή πιθανότητα να λάβουν χρήματα.

Άτομα που ζουν μόνα τους ή έχουν προβλήματα υγείας έχουν την τάση να λαμβάνουν περισσότερο χρόνο και οικονομικές μεταφορές από παιδιά σε σύγκριση με ζευγάρια που είναι πιο πιθανό να μεταφέρουν χρήματα για τα παιδιά. Ο αριθμός των εγγονιών αυξάνει τις πιθανότητες αφιέρωσης χρόνου για τα παιδιά. Η απόσταση ωστόσο μπορεί να μειώνει το χρόνο μεταβίβασης, αλλά δεν επηρεάζει σημαντικά την οικονομική μεταβίβαση. Το εισόδημα των γονέων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη μεταφορά χρημάτων καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνει την πιθανότητα μεταφοράς χρημάτων για τα παιδιά.

Οι Allin, Masseria και Mossialos (2009), από το πρώτο κύμα συνέλεξαν δείγμα 45182 ατόμων ηλικίας 50 ετών και πάνω από 12 κράτη (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Δανία, Ελλάδα, Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία και Ηνωμένες πολιτείες). Για τη λήψη συμπερασμάτων οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν περιλαμβάνουν μεταξύ των άλλων μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης. Μεταξύ των συμπερασμάτων που διατυπώθηκαν ήταν η παρατήρηση κοινωνικοοικονομικών διαφορών στη χρήση υπηρεσιών υγείας στις μισές χώρες που μελετήθηκαν. Οι πιθανότητες μιας επίσκεψης σε οδοντίατρο, στις περισσότερες χώρες, αυξάνεται με το μορφωτικό επίπεδο και ήταν υψηλότερες για τα άτομα με υψηλά οικονομικά εισοδήματα.

Ο Andersen-Ranberg και οι συνεργάτες του (2009), συγκέντρωσαν από το δεύτερο κύμα δείγμα 27456 ατόμων ηλικίας 50 ετών και πάνω σε 11 ευρωπαϊκές χώρες (Σουηδία, Δανία, Γερμανία, Βέλγιο, Ολλανδία, Γαλλία, Ελβετία, Αυστρία, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Περιγραφική Στατιστική και Γραμμική Παλινδρόμηση. Κάποια από τα αποτελέσματα που διεξήχθησαν ήταν ότι σε όλες τις χώρες το μοτίβο της μείωσης της δύναμης της λαβής είναι παρόμοιο. Οι γυναίκες έχουν χαμηλότερες μέση τιμή MAXGS (δύναμη λαβής) σε σύγκριση με τους άνδρες. Γεωγραφικές διαφορές στην δύναμη της λαβής έχουμε και στα δύο φύλα, με τις υψηλότερες βαθμολογίες στη βόρειες και ηπειρωτικές χώρες (Σουηδία, Δανία, Ολλανδία, Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία, Γαλλία) και χαμηλότερες βαθμολογίες στις χώρες του Νότου (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα).

Οι Andreyeva, Michaud και Van Soest (2007), από το πρώτο κύμα συνέλεξαν δείγμα 21009 ατόμων, ηλικίας 50 ετών και πάνω, σε 10 ευρωπαϊκές χώρες. Οι 9652 ήταν άντρες και οι 11357 γυναίκες. Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων εφαρμόστηκαν μέθοδοι όπως πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης, Περιγραφική Στατιστική, κατάλληλη κλίμακα κατάθλιψης και μια σύνθετη πιθανοθεωρητική σχεδίαση πολλαπλών σταδίων. Μεταξύ των αποτελεσμάτων που προέκυψαν είναι ότι το ποσοστό υπέρβαρων και παχύσαρκων στους Ευρωπαίους ηλικίας άνω των 50 ετών είναι υψηλό, ιδιαίτερα σε ορισμένες χώρες. Κατά μέσο όρο, μόνο το ένα τρίτο των ανδρών (33,4%) χαρακτηρίζονται ως άτομα με φυσιολογικό βάρος, ενώ μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των γυναικών (44,1%) που έχουν φυσιολογικό βάρος με βάση τα τυπικά κριτήρια. Ακόμα τα ποσοστά του μη φυσιολογικού σωματικού βάρους διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Η Ισπανία έχει το υψηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας μεταξύ των ανδρών και των γυναικών και σχεδόν το διπλάσιο ποσοστό της σοβαρής παχυσαρκίας μεταξύ των γυναικών από ό, τι το μέσο όρο του δείγματος. Σε σύγκριση με το βάρος φυσιολογικών ατόμων, οι άνδρες και οι γυναίκες με μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) είχαν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο για

όλες τις χρόνιες παθήσεις που εξετάστηκαν. Η κατάθλιψη συνδέεται με την παχυσαρκία μόνο στις γυναίκες. Ιδιαίτερα έντονοι κίνδυνοι εξασθένησης της υγείας και χρόνιες παθήσεις υγείας βρέθηκαν ανάμεσα σε σοβαρά παχύσαρκους ανθρώπους. Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία δεν διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα.

Οι Peytremann-Bridevaux , Faeh και Santos-Eggimann (2007), από το πρώτο κύμα συγκέντρωσαν δείγμα 16.695 ατόμων ηλικίας 50-79 ετών, με δείκτη μάζας σώματος $\Delta\text{ΜΣ} \geq 18.5 \text{ kg / m}^2$ σε 10 ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ολλανδία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για τη λήψη συμπερασμάτων ήταν Περιγραφική Στατιστική, πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση, έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 . Μερικά από τα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι πως δεν βρέθηκαν διαφορές στην επικράτηση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών, καθώς ο $\Delta\text{ΜΣ}$ ήταν κανονικά κατανομημένος με ένα παρόμοιο μοτίβο τόσο σε αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές. Το 43,5% των Ευρωπαίων ήταν υπέρβαροι και το 18,2% ήταν παχύσαρκοι. Ξεχωριστές αναλύσεις για το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση ή το επίπεδο εισοδήματος δεν αποκάλυψαν επιπλέον διαφορές μεταξύ αγροτικών και αστικών υποπληθυσμών.

Οι Angelini και Mierau (2014), από το κύμα 3 συγκέντρωσαν 18182 συνεντεύξεις σε άτομα που γεννήθηκαν μεταξύ 1920-1957 σε 10 χώρες (Αυστρία, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Γαλλία, Δανία, Ελβετία και Βέλγιο). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη συμπερασμάτων είναι Περιγραφική Στατιστική και ανάλυση κύριων συνιστωσών. Κάποια από τα συμπεράσματα που αποκτήθηκαν περιλαμβάνουν τη διαπίστωση ότι η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού έχει θετική συσχέτιση με την υγεία του παιδιού. Ακόμα τα παιδιά που έχουν υποστεί υποσιτισμό σε οποιοδήποτε στάδιο της παιδικής τους ηλικίας αυξάνεται ο κίνδυνος να έχουν προβλήματα υγείας. Εντοπίστηκε μια θετική συσχέτιση μεταξύ παιδιών που γεννήθηκαν σε περιόδους ύφεσης και της υγείας στη παιδική ηλικία.

Οι Angelini, Cavarozzi, Corazzini και Pacagnella (2012), συνέλεξαν από το δεύτερο κύμα 7320 άτομα ηλικίας 50 ετών και πάνω από 11 ευρωπαϊκές χώρες (Σουηδία, Δανία, Γερμανία, Ολλανδία, Βέλγιο, Γαλλία, Πολωνία, Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Ιταλία και Ισπανία). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την απόκτηση συμπερασμάτων ήταν η Περιγραφική Στατιστική. Κάποια από τα αποτελέσματα που εξήχθησαν είναι ότι η ηλικία επηρεάζει την ικανοποίηση της ζωής μέσα από δύο αντίρροπα κανάλια. Για τις επιπτώσεις όλων των μεταβλητών, ελέγχει το επίπεδο αντίληψης της ικανοποίησης της ζωής που αυξάνεται με την ηλικία, ενώ από την άλλη, έχοντας δώσει τα πραγματικά ικανοποιητικά επίπεδα ζωής, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία είναι πιο πιθανό να κοιτάζουν τους εαυτούς τους ως δυσαρεστημένοι με τη ζωή τους, από τα νεότερα άτομα που συμμετέχουν. Επιπλέον οι επιβλαβείς συνθήκες για την υγεία και οι σωματικοί περιορισμοί διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο και συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε κάθε ηλικία. Οι άνθρωποι με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι πιο ευτυχημένοι από τους άλλους. Η ικανοποίηση ζωής αυξάνεται με το επίπεδο εκπαίδευσης και, όσον αφορά το επάγγελμα, οι ερωτηθέντες που εργάζονται είναι πιο ικανοποιημένοι.

Ο Aranda (2015) συγκέντρωσε από το πρώτο, δεύτερο και τέταρτο κύμα, 10107 άτομα 50 ετών και πάνω σε 20 χώρες (19 ευρωπαϊκές και Ισραήλ). Το 57% ήταν γυναίκες. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων ήταν γραμμική παλινδρόμηση, Περιγραφική Στατιστική, έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 και έλεγχος R^2 . Μερικά από τα συμπεράσματα που εξήχθησαν επισημαίνουν ότι το ποσοστό των ενήλικων μεγαλύτερης ηλικίας με καταθλιπτικά συμπτώματα τείνει να αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Εμφανίζεται θετική συσχέτιση μεταξύ της μοναξιάς και κατάθλιψης στα γεράματα. Ακόμα αν και υπάρχει ετερογένεια σε όλη την Ευρώπη, τα αποτελέσματα τονίζουν ότι, σε μια εποχή που χαρακτηρίζεται από την αύξηση της γήρανση του πληθυσμού, η οργάνωση της ζωής από γενιά σε γενιά μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Οι Avendano, Jürges και Mackenbach (2009), συνέλεξαν από το πρώτο και το δεύτερο κύμα δείγμα 16995 ατόμων ηλικίας 50 ετών και πάνω. Για την εξαγωγή των συμπερασμάτων εφαρμόστηκαν κατάλληλη κλίμακα κατάθλιψης, Περιγραφική Στατιστική, μοντέλο παλινδρόμησης *Poisson* και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Μεταξύ των συμπερασμάτων που εξήχθησαν περιλαμβάνεται η διαπίστωση ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με υψηλότερα περιστατικά της κακής υγειονομικής κατάστασης, χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες, αλλά συνδέεται λιγότερο με νέα γεγονότα μακροχρόνιας ασθένειας. Μετά την αφαίρεση των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου, τα εκπαιδευτικά αποτελέσματα είναι πιο συνεπή στη Δυτική και Νότια Ευρώπη από ότι στα Σκανδιναβικά κράτη πρόνοιας. Στη Βόρεια Ευρώπη, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με στέρηση των αναγκαίων οικονομικών και το μειονέκτημα απασχόλησης από ό, τι στη Νότια ή τη Δυτική Ευρώπη. Μετά τον έλεγχο των εκπαιδευτικών διαφορών, οι επιπτώσεις του μορφωτικού επιπέδου στην επιδείνωση της υγείας εξακολουθούν να είναι σημαντικοί παράγοντες για τα περισσότερα αποτελέσματα στη Δυτική και Νότια Ευρώπη, ενώ είναι πιο αδύναμοι και μη-σημαντικοί μετά από προσαρμογή στη Βόρεια Ευρώπη.

Οι Attias-Donfut, Ogg and Wolff (2005), μελέτησαν από το πρώτο κύμα και πήραν δείγμα 22777 ατόμων, ηλικίας 50 ετών και πάνω, από 10 ευρωπαϊκές χώρες (Σουηδία, Δανία, Ολλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία, Ελβετία, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα). Για την λήψη των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε Περιγραφική Στατιστική και στατιστικός έλεγχος *t*. Κάποια από τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι δωρεές μετρητών ρέουν κατά κυριότητα προς τις νεότερες γενιές, ενώ ο χρόνος μεταβίβασης κατευθύνεται και προς τα πάνω και προς τα κάτω. Κατά την σύγκριση των χωρών, ανακαλύψαμε μερικές αξιοσημείωτες ομοιότητες στον τρόπο διεξαγωγής μεταφορών, αν και υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους. Οι διαφορές αυτές τις περισσότερες φορές ακολουθούν την αναμενόμενη κλίση Βορρά -Νότου. Οι κοινωνικοί και δημογραφικοί μετασχηματισμοί διεξάγονται επί του παρόντος στην Ευρώπη, όπου συχνά έχει αντιφατικά και παράδοξα αποτελέσματα στις ανταλλαγές από γενιά σε γενιά.

Ο Avendano και οι συνεργάτες του (2015), συγκέντρωσαν από το πρώτο και δεύτερο κύμα δείγμα 4436 γυναικών, ηλικίας 50 ετών και πάνω, από Δανία, Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Βέλγιο, Ισπανία, Ιταλία, Ελλάδα, Σουηδία, Ελβετία και Ολλανδία. Περιγραφική στατιστική, κατάλληλη κλίμακα κατάθλιψης 12 σημείων και μοντέλα παλινδρομήσεις ήταν οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν

για την λήψη αποτελεσμάτων. Κάποια από τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παντρεμένες γυναίκες και εκείνες που συζούν έχουν χαμηλότερες πιθανότητες κατάθλιψης από αυτές που μένουν μόνες τους. Οι γυναίκες που δεν εργάζονται κατά την περίοδο γύρω από τον τοκετό εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Τα οφέλη της άδειας μητρότητας δεν προστατεύουν μόνο τις μητέρες και τα παιδιά τους γύρω από την περίοδο του τοκετού, αλλά μπορεί να συμβάλει στην υγιή γήρανση στις γυναίκες κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών της ζωής.

Ο Avendano και οι συνεργάτες του (2009), συνέλεξαν από το πρώτο κύμα δείγμα 33948 ατόμων, ηλικίας 50-74 ετών (17481 από 10 Ευρωπαϊκές χώρες, 6527 από Αγγλία και 9940 από ΗΠΑ). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων ήταν λογιστική παλινδρόμηση και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Κάποια από τα αποτελέσματα αναφέρουν ότι οι ενήλικοι Αμερικανοί ανέφεραν χειρότερη υγεία από ότι οι Άγγλοι και οι Ευρωπαίοι, σε όλα τα επίπεδα του πλούτου, αλλά οι διαφορές ήταν εντονότερες μεταξύ των φτωχών. Τα ποσοστά καρδιακής νόσου και καρκίνου ήταν πιο μεγάλα στους Αμερικανούς από ότι στους Ευρωπαίους ή τους Άγγλους. Το κάπνισμα, η παχυσαρκία, τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και η κατανάλωση αλκοόλ εξηγεί ένα τμήμα μεταβολών για την υγεία.

Ο Ayalon (2011), από το πρώτο και δεύτερο κύμα συγκέντρωσε 12.005 συνεντεύξεις από 11 Ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Ολλανδία, Σουηδία, Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα). Διάφορες μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την απόκτηση αποτελεσμάτων ήταν κατάλληλη κλίμακα κατάθλιψης και λογιστική παλινδρόμηση πολλών μεταβλητών. Μεταξύ των συμπερασμάτων που εξήχθησαν περιλαμβάνει ότι η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες καθώς και παντρεμένοι. Το ποσοστό που επιθυμεί τον παθητικό θάνατο ήταν σημαντικά χαμηλότερο στη Βόρεια Ευρώπη (4,6%) από ό, τι στην νότια (8,5%) και στην κεντρική Ευρώπη (7,0%). Ενήλικες, που στο κύμα 1 αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης, περισσότερες ιατρικές παθήσεις και χαμηλά επίπεδα ελπίδας είναι περισσότερο πιθανόν να επιθυμούν το θάνατο στο κύμα 2, άσχετα με τη γεωγραφική περιοχή, πιο πιθανό είναι να είναι γυναίκες, να έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και να είναι ανύπαντρες. Αντίθετα, η επιθυμία θανάτου στο κύμα 1 έχει εντονότερους κινδύνους παθητικού θανάτου στο κύμα 2 για τους βόρειους Ευρωπαίους από ότι στους Νότιους.

Οι Ayalon και Shiovitz-Ezra (2011), συνέλεξαν από το πρώτο και δεύτερο κύμα 12107 άτομα ηλικίας 50 ετών και πάνω. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την λήψη συμπερασμάτων ήταν Περιγραφική Στατιστική, έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 , κατάλληλη κλίμακα κατάθλιψης και ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης. Κάποια από τα συμπεράσματα αναφέρουν ότι και η μοναξιά και η επιθυμία θανάτου, είχαν υψηλότερα ποσοστά σε άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών, σε σχέση με τις άλλες δύο ηλικιακές ομάδες. Η μοναξιά παρέμεινε ένα σημαντικός κίνδυνος, καθώς και προγνωστικός δείκτης, για την επιθυμία παθητικού θανάτου.

Οι Ayers και Verghese (2016), από το τρίτο κύμα συγκέντρωσαν δείγμα 11867 ατόμων, ηλικίας πάνω από 65 ετών, χωρίς άνοια. Εφαρμόστηκαν μέθοδοι Περιγραφικής Στατιστικής, λογιστική Παλινδρόμηση, βαθμωτή δοκιμασία και εκτιμήσεις Kaplan- Meier. Ανάμεσα στα συμπεράσματα που εξήχθησαν

περιλαμβάνεται το γεγονός ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (56,7%) είναι γυναίκες και το 40,8% έχουν μόρφωση Λυκείου και πάνω. Το 7% των συμμετεχόντων στην αρχή της μελέτης είχαν σύνδρομο κινητικών γνωστικών κινδύνων MCR. Οι συμμετέχοντες με MCR πάσχουν κατά κυριότητα από αγγειακές παθήσεις, αρθρίτιδα και χρόνια πνευμονοπάθεια, με συνέπεια να έχει συνδεθεί με αυξημένη θνησιμότητα (70%). Ακόμα κατά την έναρξη ήταν παχύσαρκοι, νοσηλεύονται κατά τη διάρκεια της νύχτας και χρησιμοποιούν κινητικά βοηθήματα σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν MCR. Ο διάμεσος χρόνος επιβίωσης για τους συμμετέχοντες με και χωρίς MCR ήταν 27 και 28 μήνες αντίστοιχα.

Ο Balia (2014), από το πρώτο κύμα συνέλεξε δείγμα 20285 ατόμων ηλικίας 50-85 ετών σε 10 ευρωπαϊκές χώρες. Οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν είναι Περιγραφική Στατιστική και μοντέλα Βήτα – Παλινδρόμησης. Μερικά από τα συμπεράσματα που εξήχθησαν αναφέρουν ότι νυν και πρώην καπνιστές ενσωματώνουν τις επιπτώσεις της διάρκειας του καπνίσματος σε εκτιμήσεις των πιθανοτήτων επιβίωσης. Η διακοπή του καπνίσματος επηρεάζει τις τρέχουσες αντιλήψεις για τους κινδύνους του καπνίσματος, προκαλώντας την υπερεκτίμηση και της πιθανότητας επιβίωσης και της υποκειμενικής υγείας. Ακόμα οι πρώην καπνιστές δεν εσωτερικεύουν τις αρνητικές επιπτώσεις σαν κίνδυνο θνησιμότητας αλλά ανταμείβουν τους εαυτούς τους για την διακοπή θεωρώντας ότι έχουν καλύτερες πιθανότητες σε σύγκριση με το παρελθόν. Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις του καπνίσματος θεωρούνται ως αναστρέψιμες.

Οι Belloni και Villosio (2015), από τα πρώτα τέσσερα κύματα συνέλεξαν δείγμα 2312 ατόμων, ηλικίας 50 ετών και πάνω σε 11 ευρωπαϊκές χώρες. Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε Περιγραφική Στατιστική και έλεγχος F. Ορισμένα από τα αποτελέσματα αναφέρουν ότι δεν υπάρχει καμία απόδειξη της πριμοδότησης κατάρτισης των μισθών για τους εργαζομένους μεγαλύτερης ηλικίας που διαμένουν σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Δανίας, της Σουηδίας, του Βελγίου, της Ολλανδίας και της Ελβετίας. Αντίθετα πολύ υψηλά ασφάλιστρα βρέθηκαν για την Αυστρία, τη Γερμανία, Ελλάδα και την Ιταλία. Ωστόσο είναι πιθανό ότι αυτά τα υψηλά ασφάλιστρα να έχουν υπερεκτιμηθεί.

Ο Bertoni (2015), από το δεύτερο και τρίτο κύμα συνέλεξαν δείγμα 4950 ατόμων, ηλικίας 50 ετών και πάνω, που γεννήθηκαν μεταξύ 1920 και 1956 από Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ολλανδία, Πολωνία, Ισπανία και Σουηδία. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκε Περιγραφική Στατιστική και μοντέλα probit και logit. Μερικά από τα συμπεράσματα που εξήχθησαν αναφέρουν ότι η έκθεση σε ακραία στέρηση στην παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους να αξιολογήσουν τα ίδια επιτεύγματα της ζωής πιο θετικά, καθώς θα μπορούσαν να έχουν αναπτύξει χαμηλότερες προσδοκίες για το τι έχει σημασία στην ικανοποίηση της ζωής. Ακόμα ο συσχετισμός μεταξύ της πείνας και της ευτυχίας είναι ισχυρότερος για τα άγαμα παιδιά καθώς και άνθρωποι με υψηλότερο κοινωνικό οικονομικό υπόβαθρο και εκπαίδευση υποφέρουν λιγότερο από επεισόδια πείνας στη παιδική ηλικία, με συνέπεια ρυθμιστική επίδραση εισοδήματος. Ωστόσο τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ πείνας και ευημερίας στην μετέπειτα ζωή δεν είναι πάντα θετικά και τονίζεται η ανάγκη επανεξέτασης συμπερασμάτων.

Οι Bolin, Lindgren και Lundborg (2007), συγκέντρωσαν από το πρώτο κύμα δείγμα 3559 συμμετεχόντων ηλικίας 50 ετών και άνω, από 11 ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Σουηδία, Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Περιγραφική Στατιστική, γραμμική Παλινδρόμηση και μοντέλο probit. Μεταξύ των συμπερασμάτων που συγκεντρώθηκαν παρατηρήθηκε ότι η άτυπη και η επίσημη φροντίδα στο σπίτι είναι υποκατάστατα, ενώ η άτυπη φροντίδα αποτελεί συμπλήρωμα της ιατρικής φροντίδας και των νοσοκομειακών επισκέψεων. Οι σχέσεις αυτές σε ορισμένες περιπτώσεις διαφέρουν σύμφωνα με μια ευρωπαϊκή κλίση βορρά-νότου. Ακόμα οι ώρες ανεπίσημης και επίσημης περίθαλψης στο σπίτι είναι συμπληρωματικές. Τα αποτελέσματα έδειξαν θετικές και σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των ωρών άτυπης φροντίδας και των πιθανοτήτων που έχει κάθε επίσκεψη ειδικού ή διανυκτέρευσης στο νοσοκομείο και θετικές σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των ωρών άτυπης φροντίδας και τον αριθμό των επισκέψεων από ιατρούς και ειδικούς. Στις άλλες περιπτώσεις, το αποτέλεσμα ήταν στατιστικώς ασήμαντα.

Ο Bonsang (2009), από το πρώτο κύμα συγκέντρωσε 7329 συμμετέχοντες, ηλικίας τουλάχιστον 65 ετών, που είχαν 1 - 4 παιδιά, δεν ζούσαν μαζί τους, ούτε και σε ίδρυμα, από 9 ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία, Ισπανία και Σουηδία). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την απόκτηση συμπερασμάτων ήταν Περιγραφική Στατιστική, έλεγχος F και μοντέλο probit. Κάποια από τα συμπεράσματα των εκτιμήσεων δείχνουν ότι η άτυπη περίθαλψη υποκατάστατά την επίσημη φροντίδα στο σπίτι. Ωστόσο, διαπιστώνουμε ότι αυτό το αποτέλεσμα υποκατάστασης τείνει να εξαφανιστεί καθώς το επίπεδο της αναπηρίας του ηλικιωμένου άτομου αυξάνει. Ακόμα η άτυπη περίθαλψη είναι ένα ασθενές συμπλήρωμα νοσηλευτικής φροντίδας, ανεξάρτητα από το επίπεδο της αναπηρίας. Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν τα ετερογενή αποτελέσματα της άτυπης περίθαλψης σε επίσημη φροντίδα και χρησιμοποιεί και προτείνει ότι η άτυπη περίθαλψη είναι ένα αποτελεσματικό υποκατάστατο για τη μακροχρόνια φροντίδα εφ' όσον οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι χαμηλές και απαιτούν ανειδίκευτο είδος περίθαλψης. Κάθε πολιτική που ενθαρρύνει την άτυπη περίθαλψη για να μειώσει τις δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας, θα πρέπει να λάβει υπόψη την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς του.

Οι Bonsang και Van Soest (2012), από το δεύτερο κύμα συγκέντρωσαν 6999 συμμετέχοντες ηλικίας 50 ετών και άνω σε 11 ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Βέλγιο, Τσέχικη δημοκρατία, Ελλάδα, Ιταλία, Ολλανδία, Πολωνία, Ισπανία και η Σουηδία). Για την εξαγωγή συμπερασμάτων οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Περιγραφική Στατιστική και probit μοντέλα. Μερικά από τα συμπεράσματα αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι Ευρωπαίοι κατά μέσο όρο, είναι ικανοποιημένοι με τις κοινωνικές τους επαφές, αλλά υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Ερωτηθέντες από βόρειες χώρες τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από ό,τι τα άτομα από τις χώρες της Κεντρικής και της Μεσογείου. Οι Σουηδοί και οι Δανοί έρχονται πρώτοι στις βαθμολογίες ικανοποίησης ενώ η Ελλάδα δίνει τις χαμηλότερες βαθμολογίες με την Γαλλία και την Ιταλία να ακολουθούν σε κάποια απόσταση. Γενικότερα οι γυναίκες είναι πιο ικανοποιημένες στις επαφές τους σχετικά με τους άνδρες. Ακόμα η εκπαίδευση, οι μη- επαγγελματικές δραστηριότητες και οι επαφές με τα παιδιά τους (όταν δεν

συγκατοικούν μαζί τους) έχουν σημαντικά θετικές επιπτώσεις στην ικανοποίηση κοινωνικών επαφών. Η επαγγελματική κατάσταση δεν παίζει σημαντικό ρόλο.

Οι Bordone και De Valk (2016), από τα δυο πρώτα κύματα συγκέντρωσαν 62213 ζεύγη (γονείς- παιδιά), που δεν μένουν μαζί, από 12 χώρες (Δανία, Σουηδία, Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ελβετία, Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία). Τα 5439 ζεύγη ήταν μετανάστες. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Περιγραφική Στατιστική, μοντέλα παλινδρόμησης και αρνητικά διωνυμικά μοντέλα. Μερικά από τα αποτελέσματα δείχνουν περιορισμένες διαφορές στην στήριξη των μεταναστών και μη μεταναστών, καθώς και μεταξύ των μεταναστών διαφόρων προελεύσεων. Ωστόσο, επίμονες διαφορές στήριξης μεταξύ των γενεών σε όλη την Ευρώπη κατά μήκος της κλίσης βορρά-νότου βρίσκονται ανεξαρτήτως την κατάσταση των μεταναστών. Η ανατροφή των παιδιών από τους παππούδες είναι χαμηλότερη μεταξύ των μεταναστών της βορειοδυτικής Ευρωπαϊκής προέλευσης και η συχνότητα των επαφών είναι υψηλότερη μεταξύ των μεταναστών με προέλευση τη Μεσόγειο, την Ασία και την Αφρική από ότι στη περίπτωση των Βόρειο-Δυτικών Ευρωπαίων. Τόσο η ανοδική όσο και καθοδική υποστήριξη καθώς και η ανατροφή των παιδιών από τους παππούδες είναι πιο συχνή όσο νοτιότερη είναι η καταγωγή. Βρίσκουμε επιπλέον περισσότερη επαφή μεταξύ των γενιών στη μεσόγειο από ότι στην υπόλοιπη Ευρώπη.

Οι Börsch-Supan, Brugiavini and Croda (2009), συνέλεξαν από τα δυο πρώτα κύματα δείγμα 31018 ερωτηθέντων, ηλικίας 50 ετών και άνω σε 13 χώρες (2486 Σουηδία, 2437 Δανία, 2361 Γερμανία, 2443 Ολλανδία, 2954 Βέλγιο, 2726 Γαλλία, 1395 Ελβετία, 1258 Αυστρία, 2851 Ιταλία, 1997 Ισπανία, 3059 Ελλάδα, 2352 Πολωνία & 2699 Τσέχικη Δημοκρατία). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Περιγραφική Στατιστική και μοντέλα παλινδρόμησης Probit. Μεταξύ των συμπερασμάτων που εξήχθησαν ήταν η διαπίστωση ότι οι θεσμικές διαφορές μεταξύ των χωρών εξηγούν μεγάλο μέρος των εθνικών διαφορών στην εργασία και στη συνταξιοδότηση, ενώ οι διαφορές στην υγεία και στα δημογραφικά στοιχεία παίζουν μόνο δευτερεύοντα ρόλο. Επιπλέον η γενναιοδωρία των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και των συντάξεων είναι μια κυρίαρχη αιτία για τα σχέδια συνταξιοδότησης έναντι εργασίας. Η οικονομετρικές αναλύσεις δείχνουν ακόμα ότι η αύξηση του πλούτου κοινωνικής ασφάλισης συνδέεται σημαντικά με την αύξηση της πιθανότητας συνταξιοδότησης.

Οι Buber και Engelhardt (2008), από το δεύτερο κύμα συνέλεξαν δείγμα 15469 ατόμων, ηλικίας 60 και άνω, εκτός εργατικού δυναμικού, σε 11 ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ολλανδία, Σουηδία, Ελβετία, Ισπανία). Οι 8622 ήταν γυναίκες και οι 6847 άνδρες. Για την απόκτηση των συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκε κατάλληλη κλίμακα κατάθλιψης, γραμμική μοντέλα παλινδρόμησης πολλών μεταβλητών και Περιγραφική Στατιστική. Κάποια από τα αποτελέσματά που προέκυψαν δείχνουν μια θετική συσχέτιση των παιδιών και της καταθλιπτικής διάθεσης, δεδομένου ότι άτεκνοι άνδρες και οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Επιπλέον, οι λίγες επαφές με παιδιά σχετίζονται με αυξημένο αριθμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η κατάσταση της οικογένειας σχετίστηκε με την ψυχική υγεία, καθώς ηλικιωμένοι άνδρες και οι γυναίκες που ζουν με σύζυγο ή σύντροφο είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Ακόμα είναι ενδιαφέρον ότι, η

παρουσία του συζύγου ή του συντρόφου ήταν καταλληλότερη για την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων από την παρουσία ή την επαφή με τα παιδιά τους.

Οι Bressan, Pace και Pelizzon (2016), από το πρώτο κύμα συνέλεξαν από 19548 νοικοκυριά, 28517 συνεντεύξεις σε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω, από 11 ευρωπαϊκές χώρες. Για την εξαγωγή των συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα κατάθλιψης, Περιγραφική Στατιστική, μοντέλα Παλινδρόμησης και μοντέλα probit. Μεταξύ των συμπερασμάτων που εξήχθησαν ήταν η διαπίστωση ότι μόνο η κακή αυτο-αναφερόμενη υγείας επηρεάζει αρνητικά την επιλογή χαρτοφυλακίου, ενώ άλλα μέτρα για την υγεία (χρόνιες παθήσεις, περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, ψυχική υγεία) είναι άνευ σημασίας για τη λήψη επενδυτικών αποφάσεων.

Οι Coe και Zamarro (2011), από το πρώτο κύμα συνέλεξαν δείγμα 5282 ανδρών, ηλικίας 50 έως 69 ετών σε 11 χώρες (Αυστρία, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Ελλάδα, Ελβετία και Βέλγιο). Κάποιες από τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κατάλληλη κλίμακα κατάθλιψης, Περιγραφική Στατιστική, μοντέλα παλινδρόμησης, και έλεγχος *t*. Κάποια από τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ότι η πρόωρη και η πλήρης ηλικία συνταξιοδότησης είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης για τη συμπεριφορά συνταξιοδότησης. Αξιοποιώντας τις συνταξιοδοτήσεις σε όλες τις χώρες τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές ενδείξεις ότι η συνταξιοδότηση έχει επίπτωση στη διατήρηση της υγείας σε όλη τη γενική υγεία. Βρίσκουμε επίσης μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συνταξιοδότησης και της γνωστικής λειτουργίας τόσο στη μνήμη όσο και στα λεκτικά μέτρα.

Οι Croezen και οι συνεργάτες του (2015), συνέλεξαν από το πρώτο, το δεύτερο και το τέταρτο κύμα δείγμα 9068 ατόμων, ηλικίας 50 ετών και πάνω, σε 10 χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία και Ολλανδία). Οι διάφορες μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Περιγραφική Στατιστική, μοντέλα παλινδρόμησης, έλεγχος Hausman και κατάλληλη κλίμακα κατάθλιψης. Μερικά από τα συμπεράσματα δείχνουν ότι η κοινωνική συμμετοχή σχετίζεται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά η κατεύθυνση και η ισχύς του συνδέσμου εξαρτώνται από τον τύπο της κοινωνικής δραστηριότητας. Τα επίπεδα της κοινωνικής συμμετοχής ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών. Ερωτηθέντες από Νότια Ευρώπη αναφέρουν λιγότερες συμμετοχές. Η διαφορά είναι περισσότερο έντονη για τη συμμετοχή σε αθλητικές, κοινωνικές λέσχες, ή σε άλλα είδη δραστηριοτήτων. Η συμμετοχή σε θρησκευτικές οργανώσεις μπορεί να προσφέρουν οφέλη για την ψυχική υγεία πέρα από αυτά που προσφέρονται από άλλες μορφές κοινωνικής συμμετοχής. Μέσα σε τύπους κοινωνικής συμμετοχής, το χαμηλότερο επικράτηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων βρέθηκε για τη συμμετοχή σε πολιτικές δραστηριότητες και το υψηλότερο ποσοστό για τη συμμετοχή σε θρησκευτικές δραστηριότητες. Για όλους τους τύπους των δραστηριοτήτων, η επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν υψηλότερη μεταξύ των ατόμων που δεν ήταν ενεργοί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ανάλυση ποσοτικών χαρακτηριστικών

Στην παρούσα ενότητα θα υλοποιήσουμε περιγραφική στατιστική ανάλυση με τη βοήθεια του προγράμματος spss.

Για όλα τα ποσοτικά χαρακτηριστικά του δείγματος θα παρουσιάσουμε τα μέτρα κεντρικής τάσης, διασποράς, ασυμμετρίας και κύρτωσης.

Στους πίνακες που ακολουθούν, περιλαμβάνονται τα βασικά περιγραφικά στατιστικά μέτρα κεντρικής τάσης για το σύνολο των ποσοτικών χαρακτηριστικών που έχουν καταγραφεί για όλα τα άτομα που πήραν μέρος στη μελέτη.

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Τυπικό Σφάλμα μέσης τιμής	Διάμεσος	Κορυφή
Ηλικία	70,77	0,040	70,00	69
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	35,47	0,096	40,00	40
Κέρδη απασχόλησης ετησίως	2634738,76	1199625,094	17000,00	20000
Χρόνια συνταξιοδοτούμενοι	16,43	0,049	15,00	6

Πίνακας 6α. Μέτρα κεντρικής τάσης για το σύνολο των ατόμων του δείγματος

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

- Το σύνολο των 65281 που πήραν μέρος στην έρευνα αντιπροσωπεύεται από ηλικία 70,77.
- Το 50% των ατόμων έχει ηλικία έως 70,00 ετών, ενώ το υπόλοιπο 50% έχει ηλικία από 70 ετών και πάνω.
- Οι αναμενόμενες ώρες εργασίας ανά εβδομάδα αντιπροσωπεύεται από 35,47 ώρες.
- Το 50% των ατόμων εργαζόταν ανά εβδομάδα έως 40 ώρες, ενώ το υπόλοιπο 50% εργαζόταν από 40 ώρες και πάνω.
- Το σύνολο των κερδών απασχόλησης ετησίως μετά φόρων αντιπροσωπεύεται από 2634738,76.
- Η διάμεσος των μετρήσεων των κερδών απασχόλησης ετησίως μετά τους φόρους είναι ίση με 17000,00 που πρακτικά σημαίνει ότι το 50% των ατόμων έχει κέρδη ετησίως από την απασχόληση του έως 17000, ενώ το υπόλοιπο 50% έχει κέρδη πάνω από 17000.
- Το σύνολο των μετρήσεων πόσα χρόνια είναι συνταξιοδοτούμενοι αντιπροσωπεύεται από 16,43 έτη.
- Η διάμεσος των μετρήσεων των χρόνων συνταξιοδότησης είναι ίση με 15 έτη, που σημαίνει ότι το 50% έχει συνταξιοδοτηθεί έως 15 έτη, ενώ το υπόλοιπο 50% έχει πάνω από 15 έτη συνταξιοδοτηθεί.

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Τυπικό Σφάλμα μέσης τιμής	Διάμεσος	Κορυφή
Αριθμός ασθενειών κατά την παιδική ηλικία	1,18	0,002	1,00	1
Αριθμός παθήσεων κατά την παιδική ηλικία	1,06	0,001	1,00	1
Πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες	1,73	0,016	1,00	1
BMI	26,81	0,019	26,17	26
Euro D score	2,39	0,009	2,00	0

Πίνακας 6β. Μέτρα κεντρικής τάσης για το σύνολο των ατόμων του δείγματος

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε τα εξής:

- Το σύνολο των ασθενειών κατά την παιδική ηλικία αντιπροσωπεύεται από 1,18.
- Η διάμεσος των μετρήσεων των ασθενειών στην παιδική ηλικία είναι ίση με 1, που πρακτικά σημαίνει ότι το 50% ως παιδιά είχαν αρρωστήσει το πολύ μια φορά, ενώ το υπόλοιπο 50% αρρώστησε από 1 φορά και πάνω.
- Το σύνολο των παθήσεων κατά την παιδική ηλικία αντιπροσωπεύεται από 1,06.
- Η διάμεσος των μετρήσεων των παθήσεων στην παιδική ηλικία είναι ίση με 1, που πρακτικά σημαίνει ότι το 50% ως παιδιά είχαν νοσήσει το πολύ μια φορά, ενώ το υπόλοιπο 50% νόσησε από 1 φορά και πάνω.
- Το σύνολο των μετρήσεων πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο αντιπροσωπεύεται από 1,73.
- Η διάμεσος των μετρήσεων πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο είναι ίση με 1 που σημαίνει πως το 50% έχουν διανυκτερεύσει στο νοσοκομείο έως και μια φορά, ενώ το υπόλοιπο 50% από μια φορά και πάνω.
- Το σύνολο των μετρήσεων του δείκτη μάζας σώματος αντιπροσωπεύεται από 26,81.
- Η διάμεσος των μετρήσεων του δείκτη μάζας σώματος(BMI) είναι ίση με 26,17, που σημαίνει ότι το 50% των ατόμων είχαν BMI έως 26,17, ενώ το υπόλοιπο 50% είχε δείκτη από 26,17 και πάνω.
- Το σύνολο των μετρήσεων της κλίμακας κατάθλιψης Euro –D αντιπροσωπεύεται από 2,39.
- Η διάμεσος των μετρήσεων της κλίμακας κατάθλιψης Euro –D είναι ίση με 2, που σημαίνει ότι το 50% των ατόμων φτάνουν στο τελικό σκορ έως και 2, ενώ το υπόλοιπο 50% από 2 και πάνω.

Οι παρακάτω πίνακες παρουσιάζουν τα βασικά μέτρα διασποράς για άτομα του δείγματός κατά τη περίοδο 2013-2015.

Μεταβλητή	Τυπική απόκλιση	Εύρος	1 ^ο τεταρτημόριο	3 ^ο τεταρτημόριο	Συντελεστής μεταβλητότητας CV
Ηλικία	10,339	82	63,00	78,00	0,14609
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	13,854	168	30,00	40,00	0,39058
Κέρδη απασχόλησης ετησίως	155345659,90	9999999999	5763,25	29991,58	58,96
Χρόνια συνταξιοδοτούμενοι	9,257	95	9,00	22,00	0,5634

Πίνακας 7α. Μέτρα διασποράς για το σύνολο των ατόμων του δείγματος

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε τα εξής:

- Η αναμενόμενη απόκλιση της μέσης ηλικίας του δείγματος είναι ίση με 10,339. Δηλαδή το διάστημα **70,77±10,339** (από 60,431 έως 81,109) είναι μια αναμενόμενη περιοχή όπου είναι πιο συχνό να βλέπουμε ηλικίες με μεγάλη συχνότητα κοντά στη μέση τιμή και μέσα στο διάστημα αυτό, ενώ οι ηλικίες έξω από την αναμενόμενη περιοχή εμφανίζονται σπάνια.
- Το εύρος των μετρήσεων της ηλικίας είναι ίσο με 82, που πρακτικά σημαίνει τη διακύμανση που έχει η ηλικία στο δείγμα, δηλαδή τη διαφορά των δυο ακραίων ηλικιών.
- Το 1^ο τεταρτημόριο είναι 63, που σημαίνει ότι 1 στα 4 άτομα του δείγματος έχει ηλικία έως και 63 ετών.
- Το 3^ο τεταρτημόριο είναι 78, που σημαίνει ότι 3 στους 4 ανθρώπους του δείγματος έχουν ηλικία έως και 78 ετών.
- Ο συντελεστής μεταβλητότητας της ηλικίας ορίζεται από το πηλίκο $CV = \text{std.Deviation} / \text{mean}$ και είναι ίσος με 0,14609. Από τη στιγμή που είναι μεγαλύτερος από 0,1 τότε το δείγμα μας είναι ανομοιογενές ως προς την ηλικία.
- Η αναμενόμενη απόκλιση της μέσης ώρας εργασίας στον ιστό είναι ίσο με 13,854. Το διάστημα **35,47±13,854** (από 21,616 έως 49,324) είναι μια αναμενόμενη περιοχή ωρών εργασίας ανά εβδομάδα. Είναι πιο συχνό να βλέπουμε ώρες εργασίας κοντά στην μέση τιμή (που έχουν μεγαλύτερη συχνότητα) και μέσα στο διάστημα αυτό. Ώρες έξω από αυτό το διάστημα σπάνια εμφανίζονται.
- Το εύρος των ωρών απασχόλησης ανά εβδομάδα είναι ίσο με 168, που σημαίνει τη διακύμανση που έχουν οι ώρες εργασίας ανά εβδομάδα στο δείγμα, δηλαδή τη διαφορά των 2 ακραίων ωρών.
- Το 1^ο τεταρτημόριο είναι 30, που σημαίνει ότι 1 στα 4 άτομα του δείγματος απασχολούνται στην εργασία τους ανά εβδομάδα έως και 30 ώρες.

- Το 3^ο τεταρτημόριο είναι 40, που σημαίνει ότι 3 στα 4 άτομα του δείγματος απασχολούνται στην εργασία τους ανά εβδομάδα έως και 40 ώρες.
- Ο συντελεστής μεταβλητότητας των ωρών απασχόλησης ορίζεται από το πηλίκο $CV = \text{std.Deviation} / \text{mean}$ και είναι ίσος με 0,39058. Από τη στιγμή που ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,1 τότε το δείγμα μας είναι ανομοιογενές ως προς τις ώρες απασχόλησης.
- Η αναμενόμενη απόκλιση της μέσης τιμής του κέρδους απασχόλησης ετησίως μετά των φόρων στον ιστό είναι ίσο με 155345659,885. Το διάστημα **2634738,76±155345659,885** (από -152710921,125 έως 157980398,645) είναι μια αναμενόμενη περιοχή κερδών από την απασχόληση ετησίως. Είναι πιο συχνό να βλέπουμε κέρδη εργασίας κοντά στην μέση τιμή (που έχουν μεγαλύτερη συχνότητα) και μέσα στο διάστημα αυτό. Κέρδη έξω από αυτό το διάστημα σπάνια εμφανίζονται.
- Το 1^ο τεταρτημόριο είναι 5763,25, που σημαίνει ότι 1 στα 4 άτομα του δείγματος έχουν κέρδη από την απασχόληση τους έως και 5763,25 ετησίως.
- Το 3^ο τεταρτημόριο είναι 29991,58, που σημαίνει ότι 3 στα 4 άτομα του δείγματος έχουν κέρδη από την απασχόληση τους έως και 29991,58 ετησίως.
- Ο συντελεστής μεταβλητότητας των κερδών απασχόλησης ετησίως ορίζεται από το πηλίκο $CV = \text{std.Deviation} / \text{mean}$ και είναι ίσος με 58,96. Από τη στιγμή που ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,1 τότε το δείγμα μας είναι ανομοιογενές ως προς τα κέρδη από την απασχόληση.
- Η αναμενόμενη απόκλιση της μέσης τιμής των χρόνων συνταξιοδότησης του δείγματος είναι ίση με 9,342. Δηλαδή το διάστημα **16,43±9,257** (από 7,173 έως 25,687) είναι μια αναμενόμενη περιοχή όπου είναι πιο συχνό να βλέπουμε πόσα χρόνια έχουν συνταξιοδοτηθεί με μεγάλη συχνότητα κοντά στη μέση τιμή και μέσα στο διάστημα αυτό, ενώ τιμές για τα χρόνια συνταξιοδότησης έξω από την αναμενόμενη περιοχή σπάνια εμφανίζονται.
- Το εύρος των μετρήσεων των χρόνων συνταξιοδότησης είναι ίσο με **95** , που πρακτικά σημαίνει τη διακύμανση που έχουν τα χρόνια συνταξιοδότησης στο δείγμα, δηλαδή τη διαφορά των δυο ακραίων τιμών που παίρνουν τα χρόνια συνταξιοδότησης.
- Το 1^ο τεταρτημόριο είναι 9, που σημαίνει ότι 1 στα 4 άτομα του δείγματος έχουν χρόνια στη σύνταξη έως και 9 έτη.
- Το 3^ο τεταρτημόριο είναι 22, που σημαίνει ότι 3 στα 4 άτομα του δείγματος έχουν χρόνια στη σύνταξη έως και 22 έτη.
- Ο συντελεστής μεταβλητότητας των χρόνων που έχουν βγει στη σύνταξη ορίζεται από το πηλίκο $CV = \text{std.Deviation} / \text{mean}$ και είναι ίσος με 0,5634. Από τη στιγμή που είναι μεγαλύτερος από 0,1 τότε το δείγμα μας είναι ανομοιογενές ως προς τα έτη που έχουν στη σύνταξη.

Μεταβλητή	Τυπική απόκλιση	Εύρος	1 ^ο τεταρτημόριο	3 ^ο τεταρτημόριο	Συντελεστής μεταβλητότητας CV
Αριθμός ασθενειών κατά την παιδική ηλικία	0,479	7	1,00	1,00	0.405932
Αριθμός παθήσεων κατά την παιδική ηλικία	0,274	5	1,00	1,00	0.25849
Πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες	1,578	9	1,00	2,00	0,9121387
BMI	4,721	86	23,73	29,30	0,176091
Euro D score	2,245	12	1,00	4,00	0,93933

Πίνακας 7β. Μέτρα διασποράς για το σύνολο των ατόμων του δείγματος

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε τα εξής:

- Η αναμενόμενη απόκλιση της μέσης τιμής του αριθμού ασθενειών κατά την παιδική ηλικία του δείγματος είναι ίση με 0,479. Δηλαδή το διάστημα **1,18±0,479** (από 0,701 έως 1,659) είναι μια αναμενόμενη περιοχή όπου είναι πιο συχνό να βλέπουμε τον αριθμό ασθενειών κατά την παιδική ηλικία με μεγάλη συχνότητα κοντά στη μέση τιμή και μέσα στο διάστημα αυτό, ενώ αριθμοί ασθενειών έξω από την αναμενόμενη περιοχή σπάνια εμφανίζονται.
- Το εύρος των μετρήσεων των αριθμών ασθενειών κατά την παιδική ηλικία είναι ίσο με 7, που πρακτικά σημαίνει τη διακύμανση που έχει το δείγμα στον αριθμό των ασθενειών, δηλαδή τη διαφορά των δυο ακραίων τιμών που εμφανίζονται στο δείγμα.
- Το 1^ο τεταρτημόριο είναι 1, που σημαίνει ότι 1 στα 4 άτομα του δείγματος έχουν ασθενήσει έως και 1 φορά στην παιδική τους ηλικία.
- Το 3^ο τεταρτημόριο είναι 1, που σημαίνει ότι 3 στα 4 άτομα του δείγματος έχουν ασθενήσει έως και 1 φορά στην παιδική τους ηλικία.
- Ο συντελεστής μεταβλητότητας του αριθμού των ασθενειών ορίζεται από το πηλίκο $CV = \text{std.Deviation}/\text{mean}$ και είναι ίσος με 0.405932. Από τη στιγμή που είναι μεγαλύτερος από 0,1 τότε το δείγμα μας είναι ανομοιογενές ως προς τον αριθμό ασθενειών κατά την παιδική ηλικία.
- Η αναμενόμενη απόκλιση της μέσης τιμής του αριθμού παθήσεων κατά την παιδική ηλικία του δείγματος είναι ίση με 0,274. Δηλαδή το διάστημα **1,06 ±0,274** (από 0,786 έως 1,334) είναι μια αναμενόμενη περιοχή όπου είναι πιο συχνό να βλέπουμε τον αριθμό παθήσεων κατά την παιδική ηλικία με μεγάλη συχνότητα κοντά στη μέση τιμή και μέσα στο διάστημα αυτό, ενώ αριθμοί παθήσεων έξω από την αναμενόμενη περιοχή σπάνια εμφανίζονται.
- Το εύρος των μετρήσεων των αριθμών παθήσεων κατά την παιδική ηλικία είναι ίσο με 5, που πρακτικά σημαίνει τη διακύμανση που έχει το δείγμα στον

αριθμό των παθήσεων, δηλαδή τη διαφορά των δυο ακραίων τιμών που εμφανίζονται στο δείγμα.

- Το 1^ο τεταρτημόριο είναι 1, που σημαίνει ότι 1 στα 4 άτομα του δείγματος έχουν νοσήσει έως και 1 φορά στην παιδική τους ηλικία.
- Το 3^ο τεταρτημόριο είναι 1, που σημαίνει ότι 3 στα 4 άτομα του δείγματος έχουν νοσήσει έως και 1 φορά στην παιδική τους ηλικία.
- Ο συντελεστής μεταβλητότητας του αριθμού των παθήσεων κατά την παιδική ηλικία ορίζεται από το πηλίκο $CV = \text{std.Deviation}/\text{mean}$ και είναι ίσος με 0.25849. Από τη στιγμή που είναι μεγαλύτερος από 0,1 τότε το δείγμα μας είναι ανομοιογενές ως προς τον αριθμό παθήσεων στην παιδική ηλικία.
- Η αναμενόμενη απόκλιση της μέσης τιμής πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο είναι ίση με 1,578. Το διάστημα **1,73±1,578** (από 0,152 έως 3,308) είναι μια αναμενόμενη περιοχή ετήσιου αριθμού διανυκτέρευσης στο νοσοκομείο. Είναι πιο συχνό να βλέπουμε περισσότερες διανυκτερεύσεις κοντά στη μέση τιμή (που έχουν υψηλή συχνότητα) και μέσα στο διάστημα αυτό, ενώ αριθμοί έξω από την αναμενόμενη περιοχή σπάνια εμφανίζονται.
- Το εύρος των μετρήσεων διανυκτέρευσης στο νοσοκομείο είναι ίσο με 9, που πρακτικά σημαίνει τη διακύμανση που έχει το δείγμα πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο, δηλαδή τη διαφορά των 2 ακραίων τιμών που εμφανίζονται στο δείγμα.
- Το 1^ο τεταρτημόριο είναι 1, που σημαίνει ότι 1 στα 4 άτομα έχουν διανυκτερεύσει έως και μια φορά στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο.
- Το 3^ο τεταρτημόριο είναι 2, που σημαίνει ότι 3 στα 4 άτομα έχουν διανυκτερεύσει έως και 2 φορές στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο.
- Ο συντελεστής μεταβλητότητας του αριθμού των διανυκτερεύσεων στο νοσοκομείο ορίζεται από το πηλίκο $CV = \text{std.Deviation}/\text{mean}$ και είναι ίσος με 0,9121387. Από τη στιγμή που είναι μεγαλύτερος από 0,1 τότε το δείγμα μας είναι ανομοιογενές ως προς τις φορές που διανυκτέρευσε στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο.
- Η αναμενόμενη απόκλιση της μέσης τιμής του δείκτη μάζας σώματος (BMI) είναι ίση με 4,721. Το διάστημα **26,81±4,721** (από 22,089 έως 31,531) είναι μια αναμενόμενη περιοχή τιμών του δείκτη μάζας σώματος. Είναι πιο συχνό να βλέπουμε τιμές κοντά στη μέση τιμή (που έχουν υψηλή συχνότητα) και μέσα στο διάστημα αυτό, ενώ τιμές έξω από την αναμενόμενη περιοχή σπάνια εμφανίζονται.
- Το εύρος των τιμών του δείκτη μάζας σώματος είναι ίσο με 86, που πρακτικά σημαίνει τη διακύμανση που έχουν οι τιμές το δείκτη μάζας σώματος, δηλαδή τη διαφορά των 2 ακραίων τιμών.
- Το 1^ο τεταρτημόριο είναι 23,73, που σημαίνει ότι 1 στα 4 άτομα έχουν δείκτη μάζας σώματος έως και 23,73.
- Το 3^ο τεταρτημόριο είναι 29,30, που σημαίνει ότι 3 στα 4 άτομα έχουν δείκτη μάζας σώματος έως και 29,30.

- Ο συντελεστής μεταβλητότητας του δείκτη μάζας σώματος ορίζεται από το πηλίκο $CV = \text{std.Deviation}/\text{mean}$ και είναι ίσος με 0,176091. Από τη στιγμή που είναι μεγαλύτερος από 0,1 τότε το δείγμα μας είναι ανομοιογενές ως προς το δείκτη μάζας σώματος.
- Η αναμενόμενη απόκλιση της μέσης τιμής των αποτελεσμάτων της κλίμακας κατάθλιψης είναι ίσο με 2,245. Το διάστημα $2,39 \pm 2,245$ (από 0,145 έως 4,635) είναι μια αναμενόμενη περιοχή αποτελεσμάτων της κλίμακας κατάθλιψης Euro-D. Είναι πιο συχνό να βλέπουμε αποτελέσματα κοντά στη μέση τιμή (που έχουν υψηλή συχνότητα) και μέσα στο διάστημα αυτό, ενώ αποτελέσματα της κλίμακας έξω από την αναμενόμενη περιοχή σπάνια εμφανίζονται.
- Το εύρος των αποτελεσμάτων της κλίμακας κατάθλιψης είναι ίσο με 12, που πρακτικά σημαίνει τη διακύμανση που έχουν τα αποτελέσματα της κλίμακας δηλαδή τη διαφορά των 2 ακραίων τιμών της κλίμακας.
- Το 1^ο τεταρτημόριο είναι 1, που σημαίνει ότι 1 στα 4 άτομα έχουν τελικό αποτέλεσμα στην κλίμακα έως και 1.
- Το 3^ο τεταρτημόριο είναι 4, που σημαίνει ότι 3 στα 4 άτομα έχουν τελικό αποτέλεσμα στην κλίμακα έως και 4.
- Ο συντελεστής μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων της κλίμακας ορίζεται από το πηλίκο $CV = \text{std.Deviation}/\text{mean}$ και είναι ίσος με 0,93933. Από τη στιγμή που είναι μεγαλύτερος από 0,1 τότε το δείγμα μας είναι ανομοιογενές ως προς αποτελέσματα της κλίμακας κατάθλιψης Euro-D.

Οι επόμενοι δυο πίνακες παρουσιάζουν τα βασικά μέτρα μορφής για τα άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα.

Μεταβλητή	Συντελεστής ασυμμετρίας	Τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας	Συντελεστής κύρτωσης	Τυπικό σφάλμα κύρτωσης
Ηλικία	0,318	0,010	-0,458	0,019
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	-0,108	0,017	2,134	0,034
Κέρδη απασχόλησης ετησίως	63,694	0,019	4091,335	0,038
Χρόνια συνταξιοδοτούμενοι	1,156	0,013	2,865	0,026

Πίνακας 8α. Μέτρα μορφής για το σύνολο των ατόμων του δείγματος

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν την ηλικία είναι ίσο με 31,8 , που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο από 2, το δείγμα παρουσιάζει θετική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν την ηλικία βρίσκονται κάτω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν την ηλικία είναι ίσο με -24,105 , που πρακτικά σημαίνει ότι,

εφόσον είναι μικρότερο του -2 το δείγμα χαρακτηρίζεται ως λεπτόκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν την ηλικία παρουσιάζουν υψηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος.

- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν τις ώρες εργασίας ανά εβδομάδα είναι ίσο με -6,35294, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μικρότερο από -2, το δείγμα παρουσιάζει αρνητική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν τις ώρες εργασίας ανά εβδομάδα βρίσκονται πάνω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν τις ώρες εργασίας ανά εβδομάδα είναι ίσο με 62,7647, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο του 2 το δείγμα χαρακτηρίζεται ως πλατύκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν τις ώρες εργασίας ανά εβδομάδα παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν τα κέρδη από την απασχόληση ετησίως είναι ίσο με 3352,3158, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο από 2, το δείγμα παρουσιάζει θετική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν τα κέρδη από την απασχόληση ετησίως βρίσκονται κάτω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν τα κέρδη από την απασχόληση ετησίως είναι ίσο με 107666,71, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο του 2, το δείγμα χαρακτηρίζεται ως πλατύκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν τα κέρδη από την απασχόληση ετησίως παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν τα χρόνια που είναι συνταξιοδοτημένο τα άτομα της έρευνας είναι ίσο με 88,923, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο από 2, το δείγμα παρουσιάζει θετική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν την χρόνια συνταξιοδότησης βρίσκονται κάτω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν τα χρόνια που είναι συνταξιοδοτημένο τα άτομα της έρευνας είναι ίσο με 110,1923, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο του 2, το δείγμα χαρακτηρίζεται ως πλατύκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν τα κέρδη από την απασχόληση ετησίως παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος.

Μεταβλητή	Συντελεστής ασυμμετρίας	Τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας	Συντελεστής κύρτωσης	Τυπικό σφάλμα κύρτωσης
Αριθμός ασθενειών κατά την παιδική ηλικία	3,159	0,011	12,519	0,022
Αριθμός παθήσεων κατά την παιδική ηλικία	5,590	0,011	38,870	0,022
Πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες	3,449	0,024	13,393	0,049
BMI	1,399	0,010	7,433	0,019
Euro D score	1,103	0,010	0,933	0,019

Πίνακας 8β. Μέτρα μορφής για το σύνολο των ατόμων του δείγματος

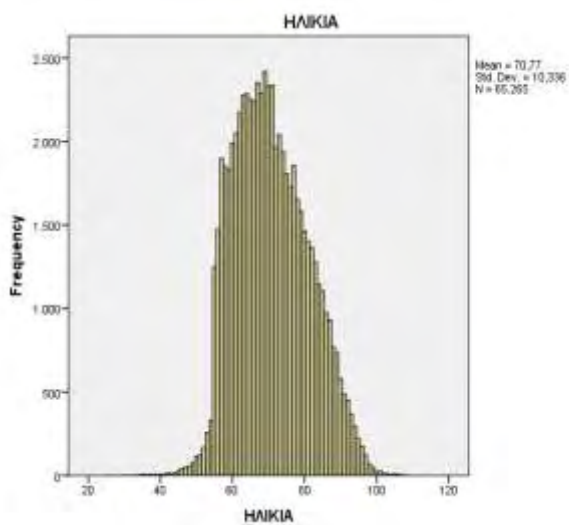
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν τον αριθμό ασθενειών κατά την παιδική ηλικία είναι ίσο με 287,1818, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο από 2, το δείγμα παρουσιάζει θετική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν τον αριθμό ασθενειών κατά την παιδική ηλικία βρίσκονται κάτω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν τον αριθμό ασθενειών κατά την παιδική ηλικία είναι ίσο με 569,04545, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο του 2, το δείγμα χαρακτηρίζεται ως πλατύκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν τον αριθμό ασθενειών κατά την παιδική ηλικία παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν τον αριθμό παθήσεων στην παιδική ηλικία είναι ίσο με 508,1818, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο από 2, το δείγμα παρουσιάζει θετική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν τον αριθμό παθήσεων κατά την παιδική ηλικία βρίσκονται κάτω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν τον αριθμό παθήσεων στην παιδική ηλικία είναι ίσο με 1766,81818, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο του 2, το δείγμα χαρακτηρίζεται ως πλατύκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν τον αριθμό παθήσεων στην παιδική ηλικία παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν τον αριθμό πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο το

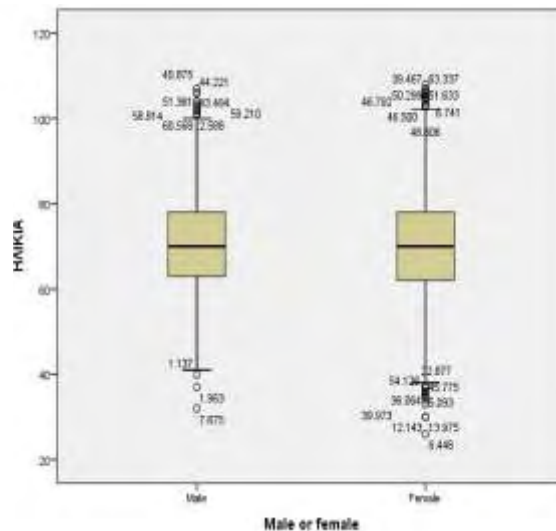
τελευταίο 12μηνο είναι ίσο με 143,708 , που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο από 2, το δείγμα παρουσιάζει θετική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν τον αριθμό πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο βρίσκονται κάτω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.

- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν τον αριθμό πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο είναι ίσο με 273,3265 , που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο του 2, το δείγμα χαρακτηρίζεται ως πλατύκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν τον αριθμό πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) είναι ίσο με 139,9, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο από 2, το δείγμα παρουσιάζει θετική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν τον δείκτη μάζας σώματος βρίσκονται κάτω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) είναι ίσο με 391,2105 , που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο του 2, το δείγμα χαρακτηρίζεται ως πλατύκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν τον δείκτη μάζας σώματος παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν τα αποτελέσματα της κλίμακας κατάθλιψης είναι ίσο με 110,3, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο από 2, το δείγμα παρουσιάζει θετική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν τα αποτελέσματα της κλίμακας κατάθλιψης βρίσκονται κάτω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν τα αποτελέσματα της κλίμακας κατάθλιψης είναι ίσο με 49,105 , που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο του 2, το δείγμα χαρακτηρίζεται ως πλατύκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν τα αποτελέσματα της κλίμακας κατάθλιψης παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος.

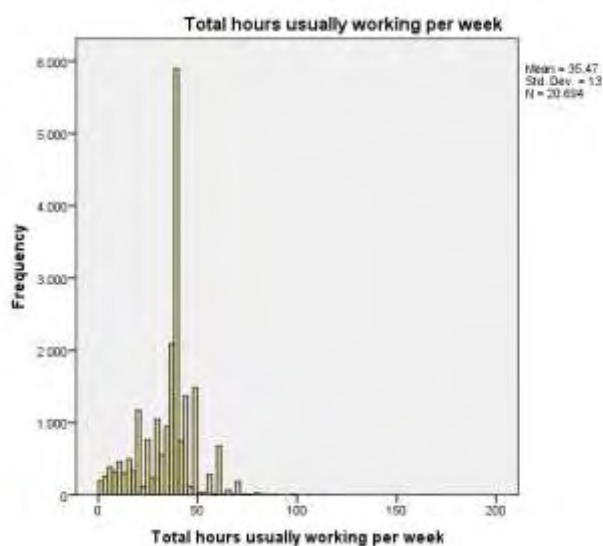
Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ιστογράμματα συχνοτήτων και τα αντίστοιχα θηκογράμματα για όλα τα υπό μελέτη ποσοτικά χαρακτηριστικά και για τις 15 χώρες για τα έτη 2013-2015.



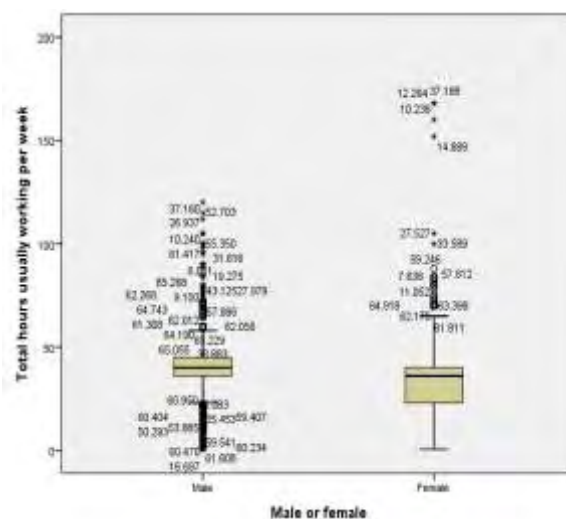
Εικ.2. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ηλικίας



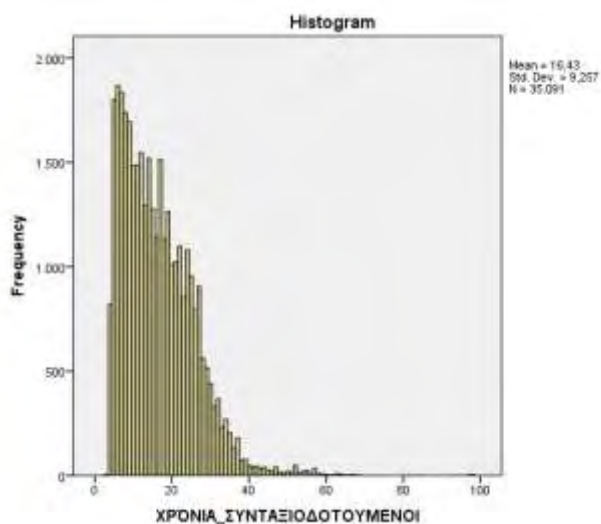
ΕΕικ.3. Θηκόγραμμα ηλικίας ανά φύλο



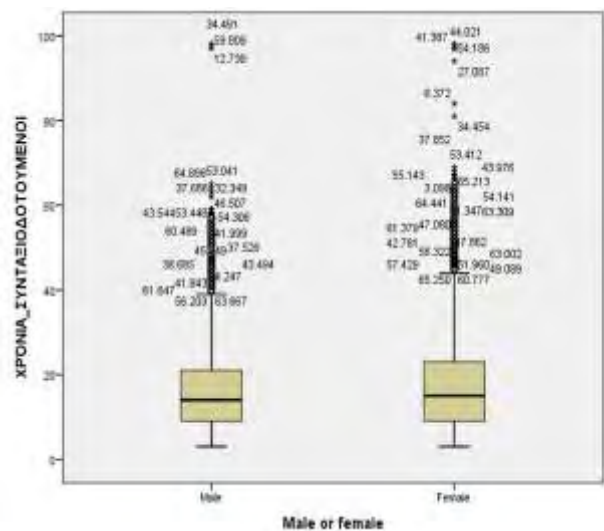
Εικ.4. Ιστόγραμμα συχνοτήτων ώρες εργασίας ανά εβδομάδα



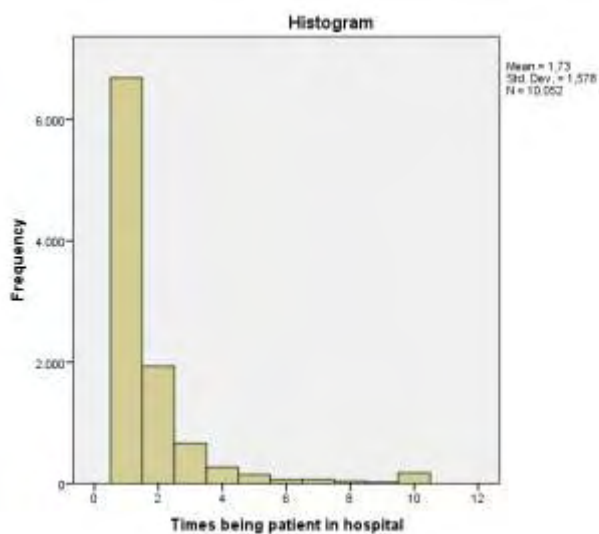
Εικ.5. Θηκόγραμμα ωρών εργασίας ανά εβδομάδα



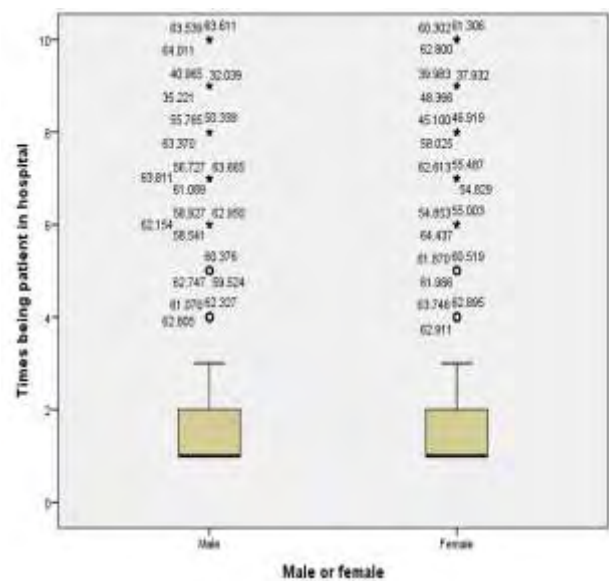
Εικ.6. Ιστόγραμμα συχνοτήτων χρόνια συνταξιοδότησης



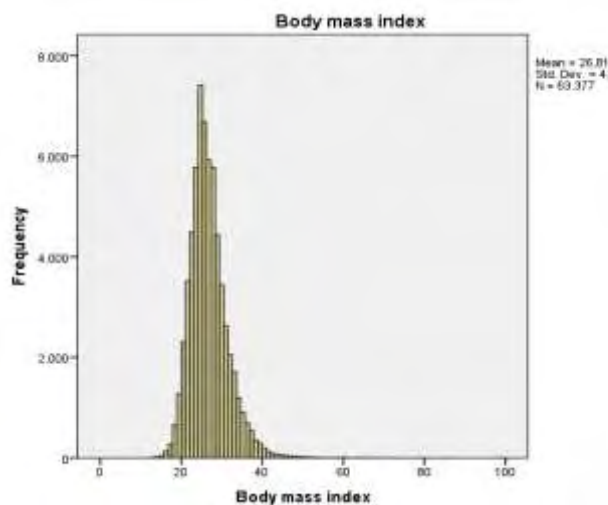
Εικ.7. Θηκόγραμμα χρόνια συνταξιοδοτούμενοι



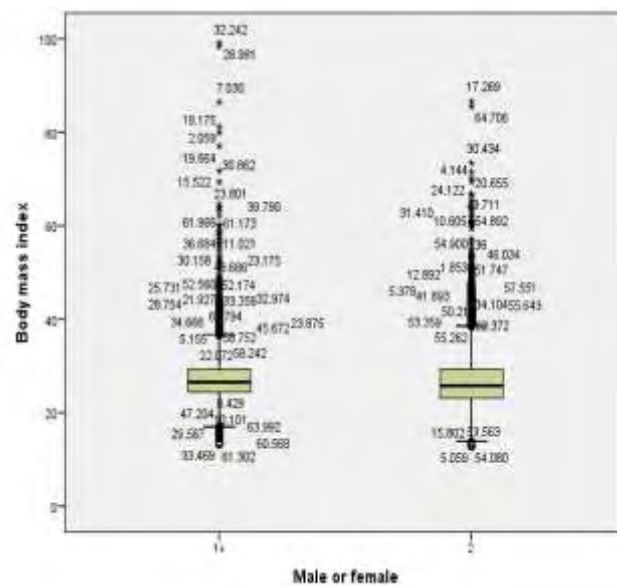
Εικ.8. Ιστόγραμμα συχνοτήτων διανυκτέρευσης στο νοσοκομείο



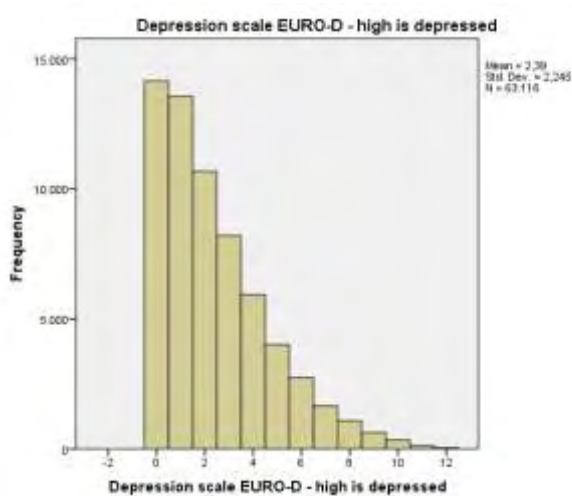
Εικ.9. Θηκόγραμμα διανυκτέρευσης στο νοσοκομείο ανά φύλο



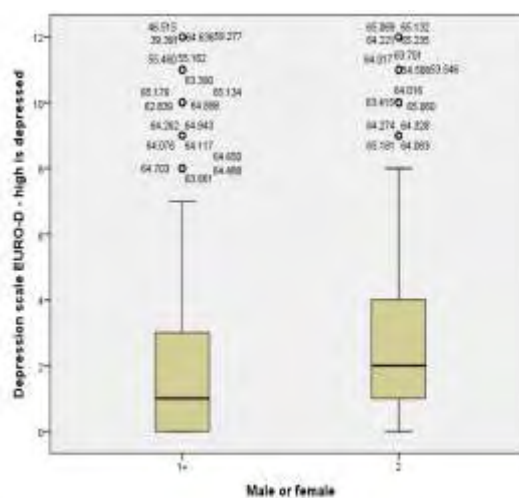
Εικ.10. Ιστόγραμμα συχνοτήτων BMI



Εικ.11. Θηκόγραμμα BMI ανά φύλο



Εικ.12. Ιστόγραμμα συχνοτήτων EURO –D



Εικ.13. Θηκόγραμμα EURO –D ανά φύλο

Έλεγχος προσαρμογής των δεδομένων στην Κανονική κατανομή.

Προκειμένου να αποφασίσουμε αν θα χρησιμοποιηθεί παραμετρική ή μη παραμετρική μεθοδολογία, θα πρέπει να ελέγξουμε πρώτα αν τα δεδομένα ακολουθούν Κανονική κατανομή ή όχι. Εφαρμόζοντας στατιστικό έλεγχο καλής προσαρμογής στην Κανονική κατανομή (με μηδενική υπόθεση την υπόθεση Κανονικότητας), λαμβάνουμε τα αποτελέσματα.

	Στατιστική συνάρτηση	Βαθμοί Ελευθερίας	P-value
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	0,173	104	<0,001
Χρόνια συνταξιοδοτούμενοι	0,161	104	<0,001
Ηλικία	0,106	104	0,006
Κέρδη απασχόλησης ετησίως	0,265	104	<0,001
Body mass index BMI	0,133	104	<0,001
EURO-D score	0,212	104	<0,001
Πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο	0,427	104	<0,001
Αριθμός ασθενειών κατά την παιδική ηλικία	0,482	104	<0,001
Αριθμός παθήσεων κατά την παιδική ηλικία	0,534	104	<0,001

Πίνακας 9. Έλεγχος κανονικότητας

Σύμφωνα με τον έλεγχο κανονικότητας έχουμε τον παραπάνω πίνακα. Παρατηρούμε ότι για τα περισσότερα χαρακτηριστικά, υπάρχουν στατιστικές ενδείξεις ότι οι μετρήσεις δεν προσαρμόζονται ικανοποιητικά στην Κανονική κατανομή. Συνεπώς, για τον έλεγχο ύπαρξης πιθανών συσχετίσεων, θα εφαρμόσουμε μη παραμετρική μεθοδολογία.

Έλεγχος για την ύπαρξη γραμμικών συσχετίσεων

Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο Spearman, τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον ακόλουθο πίνακα.

EURO-D score με	Συντελεστής	P value	Αποτέλεσμα
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	-0.081	<0,001	Αρνητική συσχέτιση
Κέρδη απασχόλησης ετησίως	-0.118	<0,001	Αρνητική συσχέτιση
Χρόνια συνταξιοδοτούμενοι	0.179	<0,001	Θετική συσχέτιση
Ηλικία	0.106	<0,001	Θετική συσχέτιση
Δείκτης μάζας σώματος BMI	0.040	<0,001	Θετική συσχέτιση
Πόσες φορές διανυκτέρευσαν στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο	0.156	<0,001	Θετική συσχέτιση
Αριθμός ασθενειών κατά την παιδική ηλικία	0.085	<0,001	Θετική συσχέτιση
Αριθμός παθήσεων κατά την παιδική ηλικία	0.082	<0,001	Θετική συσχέτιση

Πίνακας 10. Μη παραμετρικοί συντελεστές συσχέτισης Spearman

Στον παραπάνω πίνακα, φανερώνεται ότι ο βαθμός κατάθλιψης σχετίζεται γραμμικά και ισχυρά με όλους τους ποσοτικούς παράγοντες που μελετήθηκαν.

Συγκεκριμένα οι ώρες εργασίας ανά εβδομάδα δρουν αρνητικά στην κατάθλιψη που πρακτικά σημαίνει ότι όσες περισσότερες εργάζεται το φαινόμενο της κατάθλιψης εξασθενεί όπως συμβαίνει με τα ετήσια κέρδη που αποκομίζει από την εργασία.

Αντίθετα οι υπόλοιποι ποσοτικοί παράγοντες δρουν θετικά στον βαθμό κατάθλιψης, με την έννοια ότι μεγάλος βαθμός κατάθλιψης συνοδεύεται με μεγάλες τιμές των παραγόντων αυτών.

Για παράδειγμα ο συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στο δείκτη μάζας σώματος BMI και στο Euro D score είναι ίσος με 0,040 και στατιστικά σημαντικός. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι υψηλές τιμές στο δείκτη μάζας σώματος ενός ατόμου, πιθανόν προκαλούν υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης σε αυτό το άτομο.

Ανάπτυξη μοντέλου Λογιστικής Παλινδρόμησης για την πρόβλεψη του χαρακτηρισμού ενός ατόμου ως καταθλιπτικού ή όχι.

Χρησιμοποιώντας ως τελικό αποτέλεσμα τον χαρακτηρισμό ενός ατόμου ως καταθλιπτικού ή όχι (βάσει της βαθμολογίας που έλαβε από το ερωτηματολόγιο), γνωρίζουμε ότι αν ένα άτομο λάβει βαθμολογία έως 4, τότε δεν θεωρείται ότι πάσχει από κατάθλιψη, ενώ αντίθετα βαθμολογίες άνω των 4 μονάδων συνεπάγονται τον χαρακτηρισμό του ατόμου ως καταθλιπτικού. Φυσικά, όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία που λαμβάνει το άτομο στην κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιείται, τόσο περισσότερο έντονη αξιολογείται η παρατηρούμενη κατάθλιψη. Στη συνέχεια, αναπτύσσουμε μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την δίτιμη τυχαία μεταβλητή D που λαμβάνει την τιμή 0 για περιπτώσεις που τα άτομα δεν κρίνονται καταθλιπτικά (βάσει πάντα της βαθμολογίας που έλαβαν) και την τιμή 1 για τις περιπτώσεις ατόμων που κρίνονται ως καταθλιπτικά (βάσει της βαθμολογίας που έλαβαν στο ερωτηματολόγιο). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές ενσωματώνονται στο υπό κατασκευή μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης, οι ακόλουθες:

- Δείκτης μάζας σώματος (BMI) του ατόμου
- Πλήθος εισαγωγών του ατόμου στο Νοσοκομείο
- Αριθμός ασθενειών που έχει παρουσιάσει
- Ηλικία του ατόμου
- Φύλο του ατόμου (0 για άνδρες και 1 για γυναίκες).

	Συντελεστές	Τυπικό σφάλμα	Στατιστική συνάρτηση Wald	Βαθμοί Ελευθερίας	p-value	Exp(B)	95% Δ.Ε. για Exp(B)	
							Lower	Upper
Ηλικία	0.014	0.002	34.609	1	<0.001	1.014	1.010	1.019
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	0.010	0.005	4.034	1	0.045	1.010	1.000	1.019
Πόσες φορές διανυκτέρευαν στο νοσοκομείο το τελευταίο 12μηνο	0.119	0.15	61.704	1	<0.001	1.126	1.093	1.160
Ασθένειες	0.180	0.048	14.216	1	<0.001	1.198	1.090	1.315
Φύλο	0.488	0.052	88.075	1	<0.001	1.628	1.471	1.803
Σταθερός όρος	-2.817	0.248	129.300	1	<0.001	0.60		

Πίνακας 11. Μοντέλο Λογιστικής Παλινδρόμησης

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν είναι στατιστικά σημαντικές ως προς την πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής D, καθώς τα αντίστοιχα p-values είναι μικρότερα από το επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι το αν ένα άτομο πάσχει ή όχι από κατάθλιψη (όπως αυτό αποτυπώνεται στο ερωτηματολόγιο) εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το φύλο, τον δείκτη μάζας σώματος, το πλήθος εισαγωγών στο Νοσοκομείο και το πλήθος των ασθενειών. Η εξίσωση πρόβλεψης για την πιθανότητα p εμφάνισης κατάθλιψης σε ένα άτομο, δίνεται ως ακολούθως

$$\ln \frac{p}{1-p} = -2.817 + 0.014 \cdot X_1 + 0.01 \cdot X_2 + 0.119 \cdot X_3 + 0.18 \cdot X_4 + 0.488 \cdot X_5$$

όπου

X_1 : ηλικία του ατόμου

X_2 : δείκτης μάζας σώματος του ατόμου

X_3 : πλήθος εισαγωγών του ατόμου στο Νοσοκομείο

X_4 : πλήθος ασθενειών του ατόμου

X_5 : φύλο του ατόμου (0 για άνδρες και 1 για γυναίκες)

Η πιθανότητα p εκφράζει το πόσο πιθανόν είναι ένα άτομο να πάσχει από κατάθλιψη, ενώ βεβαίως η πιθανότητα $1-p$ εκφράζει την συμπληρωματική πιθανότητα, δηλαδή το πόσο πιθανόν είναι ένα άτομο να μην πάσχει από κατάθλιψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο έλεγχος καλής προσαρμογής Hosmer-Lemeshow δεν δίνει στατιστικές ενδείξεις για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης, καθώς το αντίστοιχο p-value είναι ίσο με $0.074 > 0.05$. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι τα δεδομένα είναι κατάλληλα για ανάπτυξη μοντέλου Λογιστικής Παλινδρόμησης.

Βήμα	Έλεγχος καταλληλότητας δεδομένων	Βαθμοί Ελευθερίας	p-value
1	14294	8	0,074

Πίνακας 12. Έλεγχος καταλληλότητας των δεδομένων

Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι πληροφορίες που εξάγονται από την στήλη $\text{Exp}(B)$ του προηγούμενου πίνακα. Πιο συγκεκριμένα, οι εκτιμήσεις που παρουσιάζονται στην προαναφερθείσα στήλη εκφράζουν το μέγεθος της μεταβολής του κλάσματος $p/(1-p)$ για κάθε μοναδιαία μεταβολή της εκάστοτε ανεξάρτητης μεταβλητής. Για παράδειγμα, η εκτίμηση για την ερμηνευτική μεταβλητή X_2 είναι ίση με 1.01. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι αν ο δείκτης μάζας σώματος αυξηθεί κατά μία μονάδα, τότε το πηλίκο $p/(1-p)$ θα αυξηθεί κατά 1.01 μονάδες. Να σημειωθεί ότι το πηλίκο $p/(1-p)$ εκφράζει γενικά το πόσες φορές μεγαλύτερη (ή μικρότερη) είναι η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης έναντι της αντίστοιχης πιθανότητας μη εμφάνισης.

3.2 Ανάλυση ποιοτικών χαρακτηριστικών

Σε αυτή την ενότητα θα υλοποιήσουμε αναλύσεις με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος spss και excel.

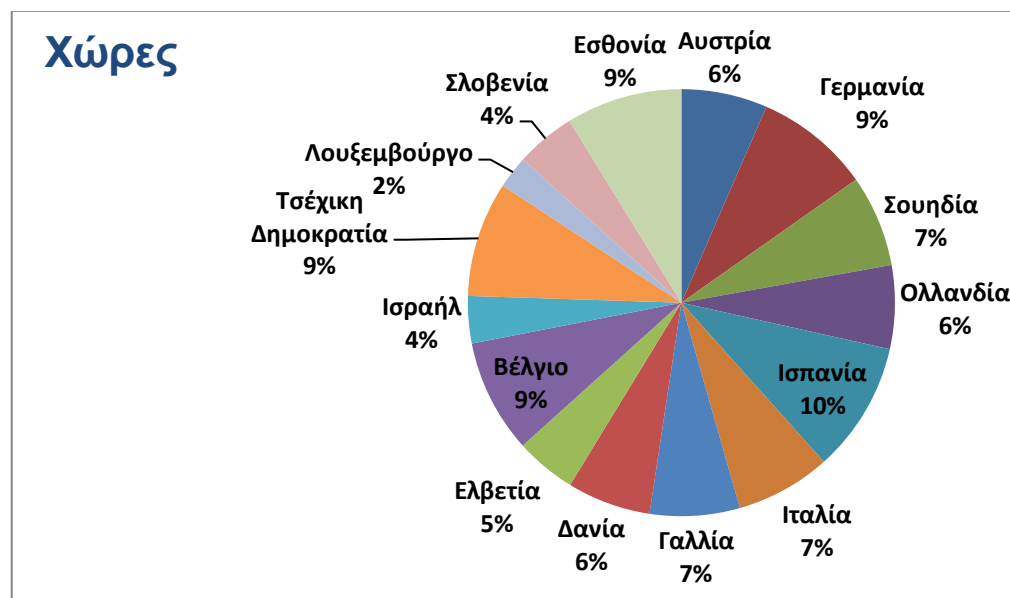
3.2.1 Πίνακες κατανομής δείγματος και γραφήματα

Θα παρουσιάσουμε τα ποιοτικά χαρακτηριστικά με την βοήθεια πινάκων κατανομής δείγματος και γραφημάτων.

Οι πίνακες που ακολουθούν, περιλαμβάνουν παρουσίαση των δημογραφικών στοιχείων καθώς και άλλων χαρακτηριστικών του δείγματος της έρευνας που αποτελείται από 65281 άτομα.

Χώρες	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Αυστρία	4252	6,5
Γερμανία	5690	8,7
Σουηδία	4531	6,9
Ολλανδία	4129	6,3
Ισπανία	6450	9,9
Ιταλία	4703	7,2
Γαλλία	4445	6,8
Δανία	4136	6,3
Ελβετία	3008	4,6
Βέλγιο	5614	8,6
Ισραήλ	2332	3,6
Τσέχικη Δημοκρατία	5698	8,7
Λουξεμβούργο	1610	2,5
Σλοβενία	2948	4,5
Εσθονία	5735	8,8
Σύνολο	65281	100

Πίνακας 13. Κατανομή δείγματος ανά χώρα

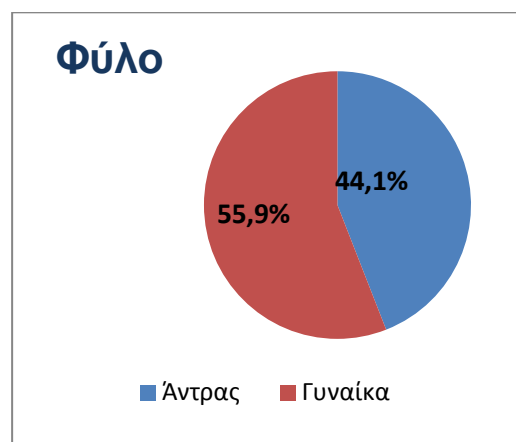


Γράφημα 1. Κατανομή δείγματος ανά χώρα

Από τον πίνακα παρατηρούμε τις 15 χώρες που πήραν μέρος στην έρευνα το 2013. Συνολικά πήραν μέρος 65281 άτομα.

Φύλο	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Άντρας	28769	44,1
Γυναίκα	36512	55,9
Σύνολο	65281	100

Πίνακας 14 . Κατανομή δείγματος ανά φύλο

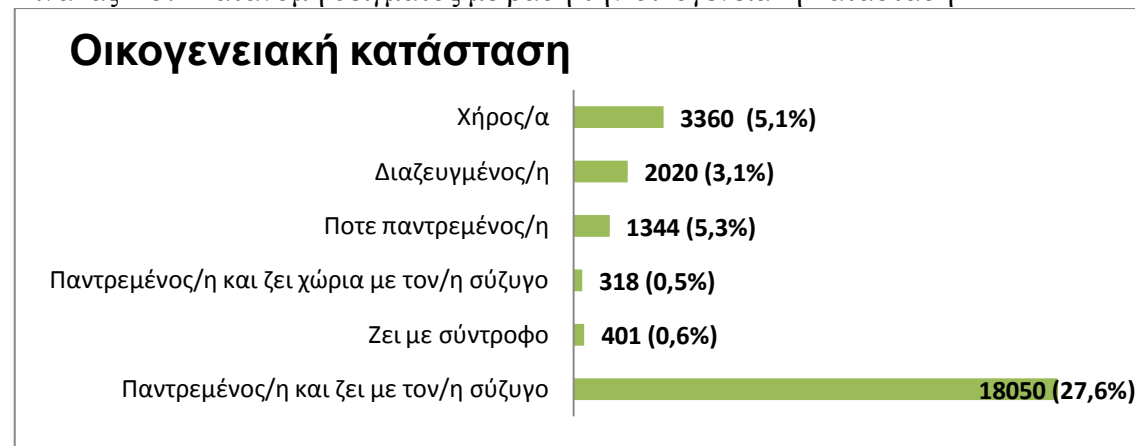


Γράφημα 2. Κατανομή δείγματος ανά φύλο

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι γυναίκες 55,9%, ενώ το 44,1% είναι άντρες.

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Παντρεμένος/η και ζει με τον/η σύζυγο	18050	27,6
Ζει με σύντροφο	401	0,6
Παντρεμένος/η και ζει χώρια με τον/η σύζυγο	318	0,5
Ποτε παντρεμένος/η	1344	5,3
Διαζευγμένος/η	2020	3,1
Χήρος/α	3360	5,1
Σύνολο	25493	42,2

Πίνακας 15. Κατανομή δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση

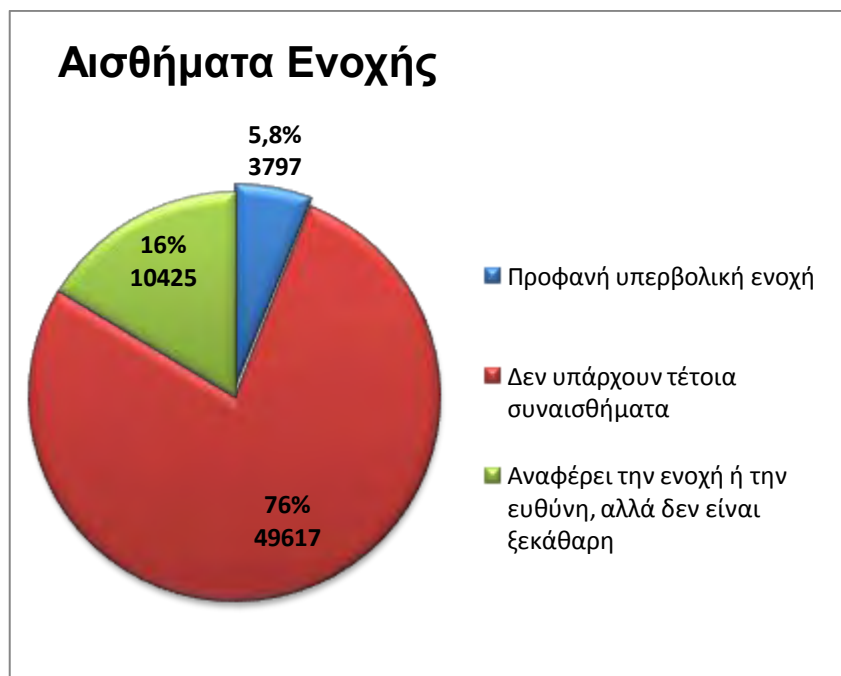


Γράφημα 3. Κατανομή δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση

Όπως βλέπουμε από τον παραπάνω πίνακα, στην ερώτηση ποια είναι η οικογενειακή τους κατάσταση, από τα 65281 απάντησαν 25493 άτομα (42,2%). Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (27,6%) είναι παντρεμένο και συζεί με την/τον σύζυγο του.

Αισθήματα ενοχής	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Προφανή υπερβολική ενοχή	3797	5,8
Δεν υπάρχουν τέτοια συναισθήματα	49617	76
Αναφέρει την ενοχή ή την ευθύνη, αλλά δεν είναι ξεκάθαρη	10425	16
Σύνολο	63839	97,8

Πίνακας 16. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα ενοχής

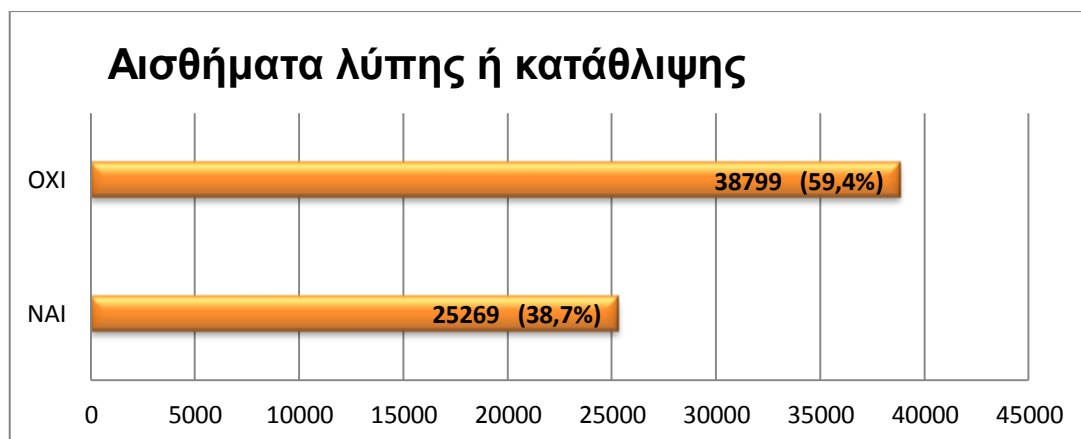


Γράφημα 4. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα ενοχής

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που απάντησε (76%) αναφέρει ότι δεν υπάρχουν αισθήματα ενοχής.

Αίσθημα λύπης ή κατάθλιψης	Συχνότητα N	Ποσοστό %
ΝΑΙ	25269	38,7
ΟΧΙ	38799	59,4
Σύνολο	64068	98,1

Πίνακας 17. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον περασμένο μήνα.

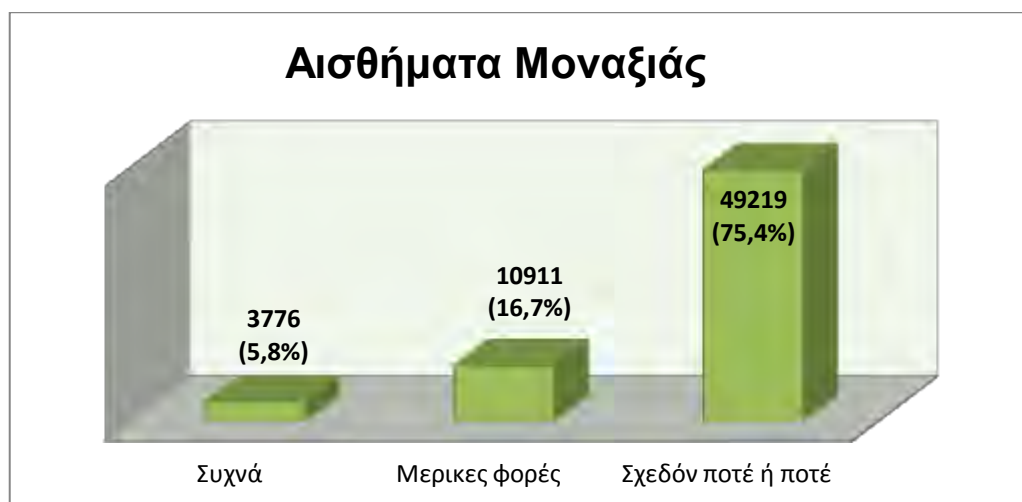


Γράφημα 5. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον περασμένο μήνα.

Όπως παρατηρούμε από τον παραπάνω πίνακα, από τα 65281 άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα, στην ερώτηση αν έχουν είχαν αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον περασμένο μήνα απάντησαν 64068 άτομα, εκ των οποίων οι 38799 απάντησαν ΟΧΙ και οι 25269 απάντησαν ΝΑΙ.

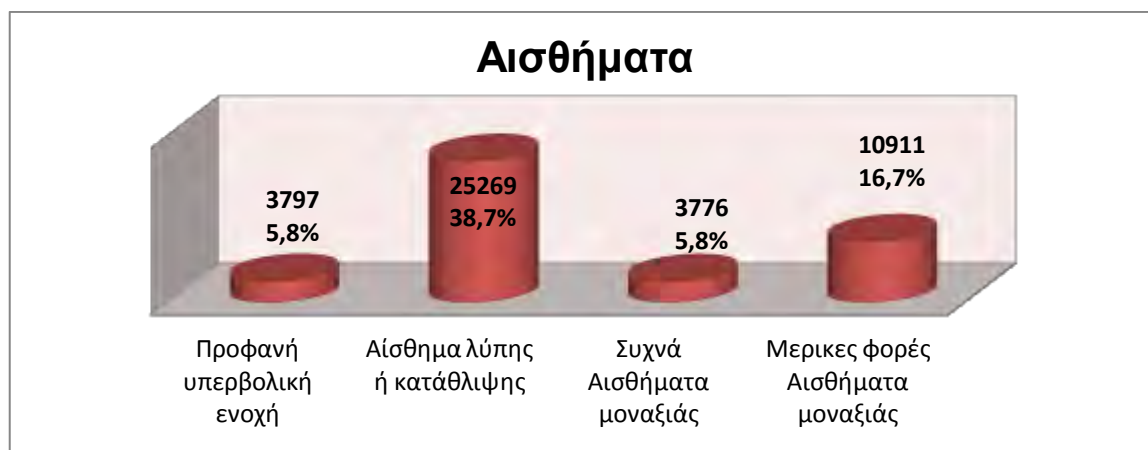
Αισθήματα μοναξιάς	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Συχνά	3776	5,8
Μερικές φορές	10911	16,7
Σχεδόν ποτέ ή ποτέ	49219	75,4
Σύνολο	63906	97,9

Πίνακας 18. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα μοναξιάς



Γράφημα 6. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα μοναξιάς

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν παρουσιάζει αισθήματα μοναξιάς.

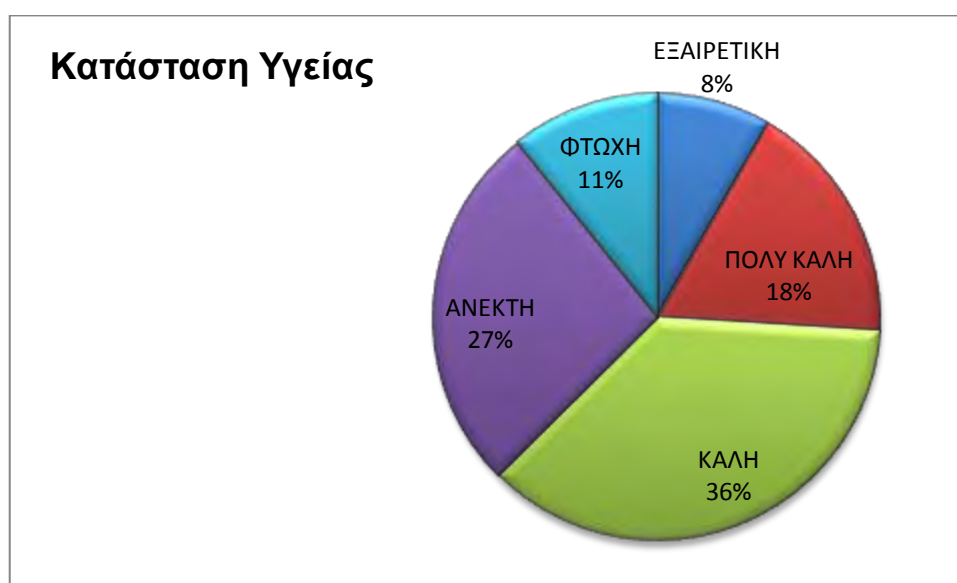


Γράφημα 7. Κατανομή του δείγματος με βάση τα αισθήματα.

Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούμε τα ποσοστά συναισθημάτων που εμφανίζονται στην έρευνα.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	Συχνότητα N	Ποσοστό %
ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗ	5414	8,3
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	11501	17,6
ΚΑΛΗ	23778	36,4
ΑΝΕΚΤΗ	17440	26,7
ΦΤΩΧΗ	6966	10,7
ΣΥΝΟΛΟ	65099	99,7

Πίνακας 19. Κατανομή του δείγματος με βάση την κατάσταση υγείας

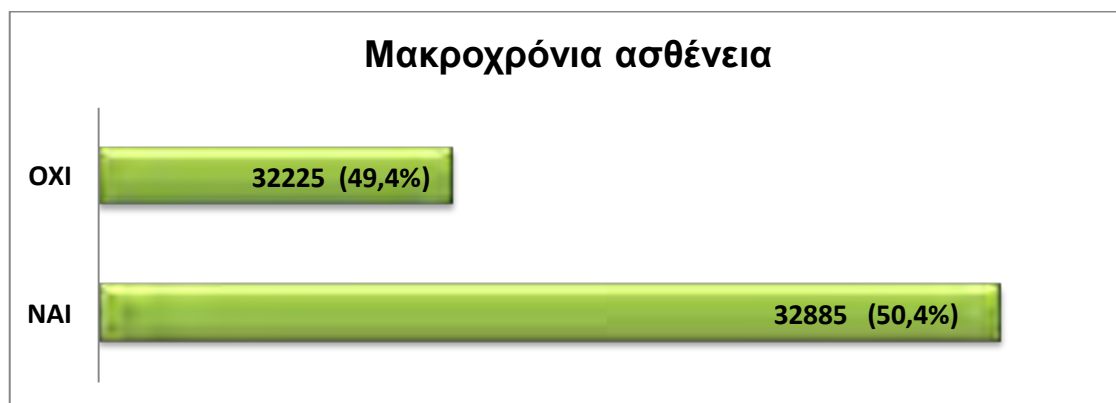


Γράφημα 8. Κατανομή του δείγματος με βάση την κατάσταση υγείας

Με βάση τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι από τα 65099 άτομα που απάντησαν στην ερώτηση πως βλέπουν την κατάσταση υγείας τους μεγάλα είναι τα ποσοστά που απάντησαν ΚΑΛΗ με 36,4% και ΑΝΕΚΤΗ με 27%.

Μακροχρόνια ασθένεια	Συχνότητα N	Ποσοστό %
ΝΑΙ	32885	50,4
ΟΧΙ	32225	49,4
ΣΥΝΟΛΟ	65110	99,8

Πίνακας 20. Κατανομή του δείγματος με βάση τη μακροχρόνια ασθένεια



Γράφημα 9. Κατανομή του δείγματος με βάση τη μακροχρόνια ασθένεια

Παρατηρούμε ότι το 50,4% των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα πάσχει από μακροχρόνια ασθένεια.

Πάσχουν από καρκίνο	Συχνότητα N	Ποσοστό %
ΟΧΙ	61337	94
ΝΑΙ	3680	5,6
ΣΥΝΟΛΟ	65017	99,6

Πίνακας 21. Κατανομή του δείγματος με βάση αν πάσχουν από καρκίνο



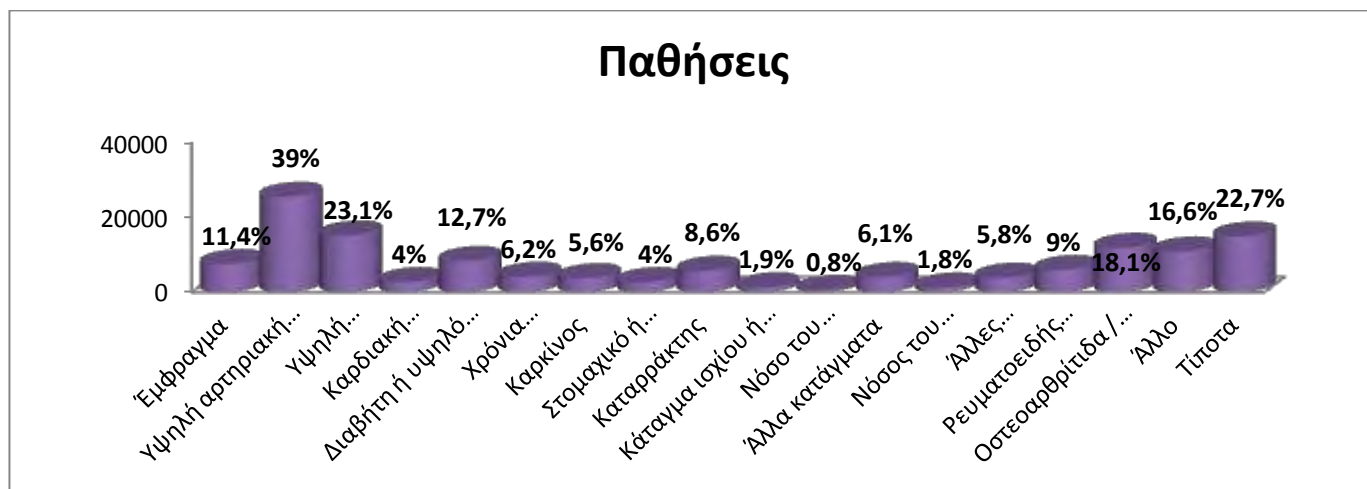
Γράφημα 10. Κατανομή του δείγματος με βάση αν πάσχουν από καρκίνο

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα η πλειοψηφία των ατόμων που απάντησαν στην έρευνα δεν πάσχει από καρκίνο.

Στον επόμενο πίνακα που θα ακολουθήσει παρατηρούμε τα ποσοστά παθήσεων που ο γιατρός τους είπε ότι πάσχουν

Παθήσεις	Συχνότητα N	Ποσοστό %
Έμφραγμα	7459	11,4
Υψηλή αρτηριακή πίεση ή υπέρταση	25463	39
Υψηλή χοληστερόλη αίματος	15109	23,1
Καρδιακή προσβολή	2618	4
Διαβήτης ή υψηλό σάκχαρο στο αίμα	8262	12,7
Χρόνια πνευμονική νόσο	4054	6,2
Καρκίνος	3680	5,6
Στομαχικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος, πεπτικό έλκος	2618	4
Καταρράκτης	5636	8,6
Κάταγμα ισχίου ή κάταγμα μηριαίου οστού	1247	1,9
Νόσο του Πάρκινσον	546	0,8
Άλλα κατάγματα	3979	6,1
Νόσος του Alzheimer ή γεροντική άνοια	1164	1,8
Άλλες συναισθηματικές / συναισθηματικές διαταραχές	3785	5,8
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	5850	9
Οστεοαρθρίτιδα / άλλοι ρευματισμοί	11804	18,1
Άλλο	10829	16,6
Τίποτα	14842	22,7

Πίνακας 22. Κατανομή του δείγματος με βάση τις παθήσεις

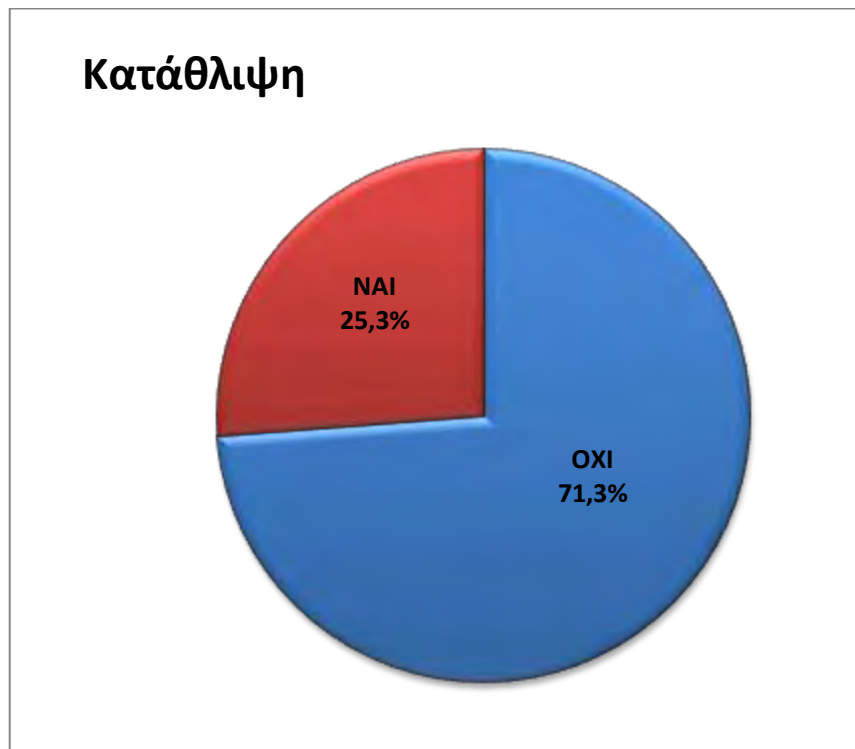


Γράφημα 11. Κατανομή του δείγματος με βάση τις παθήσεις

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (39%) υποφέρει από υψηλή αρτηριακή πίεση ή υπέρταση.

Κατάθλιψη	Συχνότητα N	Ποσοστό %
ΟΧΙ	46576	71,3
ΝΑΙ	16540	25,3
ΣΥΝΟΛΟ	63116	96,6

Πίνακας 23. Κατανομή του δείγματος με βάση αν είναι καταθλιπτικοί ή όχι



Γράφημα 12. Κατανομή του δείγματος με βάση αν είναι καταθλιπτικοί ή όχι

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα από τα 65281 άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα, τα 63116 άτομα απάντησαν στις ερωτήσεις για την κατάθλιψη, εκ των οποίων οι 16540 πάσχουν από κατάθλιψη με ποσοστό 25,3%.

3.2.2 Πίνακες συνάφειας και έλεγχος ανεξαρτησίας

Στη συνέχεια θα δούμε πίνακες συνάφειας καθώς και θα εξετάσουμε αν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους ή εξαρτώμενα.

Διατυπώνω τις δυο υποθέσεις

$$\begin{cases} H_0: \text{Τα δυο ποιοτικά χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα} \\ H_1: \text{Τα δυο ποιοτικά χαρακτηριστικά εξαρτώνται.} \end{cases}$$

Και ακολουθεί ο έλεγχος ανεξαρτησίας. Αν το p-value είναι $>0,05$ αποδέχομαι την H_0 , αλλιώς την H_1 .

			ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Χώρες	Αυστρία	Συχνότητα	3279	780	4059
		% εντός χώρας	80,8%	19,2%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	7%	4,7%	6,4%
		% του συνόλου	5,2%	1,2%	6,4%
	Γερμανία	Συχνότητα	4227	1375	5602
		% εντός χώρας	75,5%	24,5%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	9,1%	8,3%	8,9%
		% του συνόλου	6,7%	2,2%	8,9%
	Σουηδία	Συχνότητα	3592	847	4439
		% εντός χώρας	80,9%	19,1%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	7,7%	5,1%	7,0%
		% του συνόλου	5,7%	1,3%	7,0%
	Ολλανδία	Συχνότητα	3329	728	4057
		% εντός χώρας	82,1%	17,9%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	7,1%	4,4%	6,4%
		% του συνόλου	5,3%	1,2%	6,4%
	Ισπανία	Συχνότητα	4284	1800	6084
		% εντός χώρας	70,4%	29,6%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	9,2%	10,9%	9,6%
		% του συνόλου	6,8%	2,9%	9,6%
	Ιταλία	Συχνότητα	2960	1619	4579
		% εντός χώρας	64,6%	35,4%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	6,4%	9,8%	7,3%
		% του συνόλου	4,7%	2,6%	7,3%
	Γαλλία	Συχνότητα	2875	1500	4375
		% εντός χώρας	65,7%	34,3%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	6,2%	9,1%	6,9%
		% του συνόλου	4,6%	2,4%	6,9%
	Δανία	Συχνότητα	3349	709	4058
		% εντός χώρας	82,5%	17,5%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	7,2%	4,3%	6,4%
		% του συνόλου	5,3%	1,1%	6,4%
	Ελβετία	Συχνότητα	2448	534	2982
		% εντός χώρας	82,1%	17,9%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	5,3%	3,2%	4,7%

	% του συνόλου	3,9%	0,8%	4,7%
Βέλγιο	Συχνότητα	3897	1604	5501
	% εντός χώρας	70,8%	29,2%	100,0%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	8,4%	9,7%	8,7%
	% του συνόλου	6,2%	2,5%	8,7%
Ισραήλ	Συχνότητα	1557	478	2035
	% εντός χώρας	76,5%	23,5%	100,0%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	3,3%	2,9%	3,2%
	% του συνόλου	2,5%	0,8%	3,2%
Τσέχικη Δημοκρατία	Συχνότητα	4045	1434	5479
	% εντός χώρας	73,8%	26,2%	100,0%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	8,7%	8,7%	8,7%
	% του συνόλου	6,4%	2,3%	8,7%
Λουξεμβούργο	Συχνότητα	1127	441	1568
	% εντός χώρας	71,9%	28,1%	100,0%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	2,4%	2,7%	2,5%
	% του συνόλου	1,8%	0,7%	2,5%
Σλοβενία	Συχνότητα	2168	702	2870
	% εντός χώρας	75,5%	24,5%	100,0%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	4,7%	4,2%	4,5%
	% του συνόλου	3,4%	1,1%	4,5%
Εσθονία	Συχνότητα	3439	1989	5428
	% εντός χώρας	63,4%	36,6%	100,0%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	7,4%	12,0%	8,6%
	% του συνόλου	5,4%	3,2%	8,6%
ΣΥΝΟΛΟ	Συχνότητα	46576	16540	63116
	% εντός χώρας	73,8%	26,2%	100,0%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	100,0%	100,0%	100,0%
	% του συνόλου	73,8%	26,2%	100,0%

Πίνακας 24. Συνάφεια μεταξύ των χωρών και την ύπαρξη ή όχι της κατάθλιψης

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε πόσα άτομα είχαν κατάθλιψη και σε ποιες χώρες καθώς και τα ποσοστά στο σύνολο, για παράδειγμα παρατηρούμε:

- 780 άτομα που έχουν κατάθλιψη με βάση τα αποτελέσματα από την κλίμακα κατάθλιψης Euro-d είναι από την Αυστρία.
- Από το σύνολο των ατόμων που καταγόταν από την Αυστρία το 19,2% έχει κατάθλιψη.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν κατάθλιψη το 4,7% ήταν από την Αυστρία.

- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 1,2% ήταν από την Αυστρία και είχε κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάθλιψη επηρεάζεται από τη χώρα προέλευσης.

			ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			Όχι	Ναι	
Φύλο	Αντρας	Συχνότητα	22493	5224	27717
		% εντός Φύλου	81,2%	18,8%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	48,3%	31,6%	43,9%
		% του συνόλου	35,6%	8,3%	43,9%
	Γυναίκα	Συχνότητα	24083	11316	35399
		% εντός Φύλου	68,0%	32,0%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	51,7%	68,4%	56,1%
		% του συνόλου	38,2%	17,9%	56,1%
ΣΥΝΟΛΟ	Συχνότητα		46576	16540	63116
	% εντός Φύλου		73,8%	26,2%	100%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης		100%	100%	100%
	% του συνόλου		73,8%	26,2%	100%

Πίνακας 25. Συνάφεια μεταξύ του φύλου και της κατάθλιψης

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε πόσοι είχαν κατάθλιψη από τους άντρες και από τις γυναίκες. Παρατηρούμε για παράδειγμα ότι:

- 5224 άτομα που έχουν κατάθλιψη, είναι άντρες.
- Από το σύνολο των αντρών, το 18,8% αυτών έχει κατάθλιψη.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν κατάθλιψη το 31,6% είναι άντρες.
- Από το σύνολο των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα το 8,3% είναι άντρες και έχουν κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάθλιψη επηρεάζεται από το φύλο.

			ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	4	0	4
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	100%	0%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	0 %	0 %	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%
	Δεν γνώριζαν	Συχνότητα	1	2	3
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	33,3%	66,7%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0 %	0%	0%
	Παντρεμένοι και συζούν μαζί	Συχνότητα	13728	3827	17555
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	78,2%	21,8%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	74,7%	60,4%	71%
		% του συνόλου	55,6%	15,5%	71%
	Έχουν σύντροφο	Συχνότητα	300	86	386
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	77,7%	22,3%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	1,6%	1,4%	1,6%
		% του συνόλου	1,2%	0,3%	1,6%
	Παντρεμένοι και μένουν χώρια	Συχνότητα	213	88	301
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	70,8%	29,2%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	1,2%	1,4%	1,2%
		% του συνόλου	0,9%	0,4%	1,2%
	Ποτέ παντρεμένοι	Συχνότητα	935	364	1299
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	72 %	28%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	5,1%	5,7%	5,3%
		% του συνόλου	3,8%	1,5%	5,3%
	Χωρισμένοι	Συχνότητα	1351	634	1985
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	68,1%	31,9%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	7,4%	10%	8%
		% του συνόλου	5,5%	2,6%	8%
	Χήροι	Συχνότητα	1840	1338	3178
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	57,9%	42,1%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	10,0%	21,1%	12,9%
		% του συνόλου	7,4%	5,4%	12,9%
Σύνολο	Συχνότητα	18372	6339	24711	
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	74,3%	25,7%	100%	
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	100%	100%	100%	

	% του συνόλου	74,3%	25,7%	100%
--	---------------	-------	-------	------

Πίνακας 26. Συνάφεια μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της κατάθλιψης

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ποιοι είχαν κατάθλιψη με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση. Λόγου χάρι όσον αφορά τους παντρεμένους που συζούν έχουμε:

- 3827 άτομα που έχουν κατάθλιψη, είναι παντρεμένοι και συζούν με τον/την σύζυγο τους.
- Από το σύνολο των ατόμων που είναι παντρεμένοι και συζούν, το 21,8% έχει κατάθλιψη.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν κατάθλιψη, το 60,4% είναι παντρεμένοι και συζούν με την/τον σύζυγο.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 15,5% είναι παντρεμένοι, μένουν με τον/την σύζυγο και έχουν κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάθλιψη επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση.

			ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Αισθήματα ενοχής	Προφανή υπερβολική ενοχή	Συχνότητα	994	2737	3731
		% στα αισθήματα ενοχής	26,6%	73,4%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	2,1%	16,5%	5,9%
		% του συνόλου	1,6%	4,3%	5,9%
	Δεν υπάρχουν τέτοια συναισθήματα	Συχνότητα	39347	9738	49085
		% στα αισθήματα ενοχής	80,2%	19,8%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	84,5%	58,9%	77,8%
		% του συνόλου	62,3%	15,4%	77,8%
	Αναφέρει την ενοχή ή την ευθύνη, αλλά ασαφή	Συχνότητα	6235	4065	10300
		% στα αισθήματα ενοχής	60,5%	39,5%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	13,4%	24,6%	16,3%
		% του συνόλου	9,9%	6,4%	16,3%
ΣΥΝΟΛΟ		Συχνότητα	46576	16540	63116
		% στα αισθήματα ενοχής	73,8%	26,2%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	100%	100%	100%
		% του συνόλου	73,8%	26,2%	100%

Πίνακας 27. Συνάφεια μεταξύ των αισθημάτων ενοχής και της κατάθλιψης

Στον πίνακα 27 βλέπουμε πόσοι από τα άτομα που έχουν κατάθλιψη έχουν και αισθήματα ενοχής. Αναλύοντας μια κατηγορία για παράδειγμα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι

- 9738 άτομα που έχουν κατάθλιψη, στην ερώτηση αν αισθάνονται ενοχές απάντησαν ότι δεν υπάρχουν τέτοια συναισθήματα.
- Από το σύνολο των ατόμων που δεν έχουν τέτοια αισθήματα ενοχής, το 19,8% έχει κατάθλιψη.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν κατάθλιψη, το 58,9% απάντησε ότι δεν έχει αισθήματα ενοχής.
- Από το σύνολο των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα, παρατηρούμε ότι το 15,4% έχει κατάθλιψη και απάντησε ότι δεν έχει αισθήματα ενοχής.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάθλιψη επηρεάζεται από τα ενοχικά συναισθήματα.

			ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον τελευταίο μήνα	ΝΑΙ	Συχνότητα	10619	14111	24730
		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	42,9%	57,1%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	22,8%	85,3%	39,2%
		% του συνόλου	16,8%	22,4%	39,2%
	ΟΧΙ	Συχνότητα	35957	2429	38386
		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	93,7%	6,3%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	77,2%	14,7%	60,8%
		% του συνόλου	57,0%	3,8%	60,8%
ΣΥΝΟΛΟ	Συχνότητα		46576	16540	63116
	% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης		73,8%	26,2%	100%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης		100%	100%	100%
	% του συνόλου		73,8%	26,2%	100%

Πίνακας 28. Συνάφεια μεταξύ των αισθημάτων λύπης ή κατάθλιψης των τελευταίο μήνα και της κατάθλιψης

Στο παραπάνω πίνακα βλέπουμε αν τα άτομα που είχαν ή όχι κατάθλιψη είχαν το τελευταίο μήνα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης. Παρατηρούμε για παράδειγμα ότι:

- 10619 άτομα που δεν έχουν κατάθλιψη τον τελευταίο μήνα είχαν και αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης.
- Από το σύνολο των ατόμων που είχαν αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης, το 42,9% αυτών δεν είχε κατάθλιψη.

- Από το σύνολο των ατόμων που δεν είχαν κατάθλιψη, το 22,8% αυτών είχε αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον τελευταίο μήνα.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 16,8% δεν είχε κατάθλιψη αλλά είχε αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον τελευταίο μήνα.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάθλιψη επηρεάζεται από τα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον τελευταίο μήνα.

			ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	1	5	6
		% στα αισθήματα μοναξιάς	16,7%	83,3%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%
	Δεν γνώριζαν	Συχνότητα	10	22	32
		% στα αισθήματα μοναξιάς	31,3%	68,8%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	0 %	0,1%	0,1%
		% του συνόλου	0%	0%	0,1%
	Συχνά	Συχνότητα	948	2709	3657
		% στα αισθήματα μοναξιάς	25,9%	74,1%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	2%	16,4%	5,8%
		% του συνόλου	1,5%	4,3%	5,8%
	Μερικές φορές	Συχνότητα	6026	4709	10735
		% στα αισθήματα μοναξιάς	56,1%	43,9%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	12,9%	28,5%	17%
		% του συνόλου	9,6%	7,5%	17%
	Σπάνια ή ποτέ	Συχνότητα	39577	9083	48660
		% στα αισθήματα μοναξιάς	81,3%	18,7%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	85%	55,0%	77,1%
		% του συνόλου	62,7%	14,4%	77,1%
ΣΥΝΟΛΟ	Συχνότητα		46562	16528	63090
	% στα αισθήματα μοναξιάς		73,8%	26,2%	100%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης		100%	100%	100%
	% του συνόλου		73,8%	26,2%	100%

Πίνακας 29. Συνάφεια μεταξύ των αισθημάτων μοναξιάς και της κατάθλιψης

Στο παραπάνω πίνακα βλέπουμε αν τα άτομα που είχαν ή όχι κατάθλιψη είχαν και αισθήματα μοναξιάς. Δίνοντας ένα παράδειγμα παρατηρούμε τα εξής:

- 2709 άτομα που έχουν κατάθλιψη είχαν συχνά και αισθήματα μοναξιάς.

- Από το σύνολο των ατόμων που είχαν συχνά αισθήματα μοναξιάς, το 74,1% αυτών έχει κατάθλιψη.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν κατάθλιψη, το 16,4% αυτών έχει συχνά αισθήματα μοναξιάς.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 4,3% είχε κατάθλιψη και συχνά αισθήματα μοναξιάς.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάθλιψη επηρεάζεται από τα αισθήματα μοναξιάς.

			ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Κατάσταση υγείας	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	1	1	2
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	50%	50%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%
	Δεν γνώριζαν	Συχνότητα	7	2	9
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	77,8%	22,2%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%
	Εξαιρετική	Συχνότητα	4911	457	5368
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	91,5%	8,5%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	10,5%	2,8%	8,5%
		% του συνόλου	7,8%	0,7%	8,5%
	Πολύ καλή	Συχνότητα	10185	1152	11337
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	89,8%	10,2%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	21,9%	7%	18%
		% του συνόλου	16,1%	1,8%	18%
	Καλή	Συχνότητα	19082	4227	23309
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	81,9%	18,1%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	41%	25,6%	36,9%
		% του συνόλου	30,2%	6,7%	36,9%
	Ανεκτή	Συχνότητα	10371	6521	16892
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	61,4%	38,6%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	22,3%	39,4%	26,8%

	% του συνόλου	16,4%	10,3%	26,8%
Φτωχή	Συχνότητα	2010	4173	6183
	% στο τομέα της κατάστασης υγείας	32,5%	67,5%	100%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	4,3%	25,2%	9,8%
	% του συνόλου	3,2%	6,6%	9,8%
Σύνολο	Συχνότητα	46567	16533	63100
	% στο τομέα της κατάστασης υγείας	73,8%	26,2%	100%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	100%	100%	100%
	% του συνόλου	73,8%	26,2%	100%

Πίνακας 30. Συνάφεια μεταξύ της κατάστασης υγείας και της κατάθλιψης

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε την κατάσταση υγείας των ατόμων και αν έχουν ή όχι κατάθλιψη. Πχ βλέπουμε ότι

- 4173 άτομα που έχουν κατάθλιψη απάντησαν ότι έχουν φτωχή υγεία.
- Από το σύνολο των ατόμων που απάντησαν ότι η υγεία τους είναι φτωχή, το 67,5% αυτών έχουν κατάθλιψη.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν κατάθλιψη, το 25,2% αυτών έχουν απαντήσει ότι η υγεία τους είναι φτωχή.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 6,6% έχουν κατάθλιψη και δηλώνουν ότι η υγεία τους είναι φτωχή.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 , που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάθλιψη επηρεάζεται από τη κατάσταση υγείας.

			ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Μακροχρόνια ασθένεια	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	2	1	3
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	66,7%	33,3%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%
	Δεν γνώριζαν	Συχνότητα	5	3	8
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	62,5%	37,5%	100,0%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	0%	0 %	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%
	ΝΑΙ	Συχνότητα	19899	11532	31431
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	63,3%	36,7%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	42,7%	69,7%	49,8%
		% του συνόλου	31,5%	18,3%	49,8%

	OXI	Συχνότητα	26665	5001	31666
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	84,2%	15,8%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	57,3%	30,2%	50,2%
		% του συνόλου	42,3%	7,9%	50,2%
ΣΥΝΟΛΟ		Συχνότητα	46571	16537	63108
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	73,8%	26,2%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	100%	100%	100%
		% του συνόλου	73,8%	26,2%	100%

Πίνακας 31. Συνάφεια μεταξύ της μακροχρόνιας ασθένειας και της κατάθλιψης

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε αν τα άτομα που συμμετείχαν έχουν κατάθλιψη και αν πάσχουν από μακροχρόνια ασθένεια. Ένα από τα συμπεράσματά μας λοιπόν είναι ότι:

- 11532 άτομα που έχουν κατάθλιψη, πάσχουν από μακροχρόνια ασθένεια
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν μακροχρόνια ασθένεια, το 36,7% αυτών έχουν κατάθλιψη.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν κατάθλιψη, το 69,7% πάσχει από μακροχρόνια ασθένεια
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 18,3% πάσχει από μακροχρόνια ασθένεια και έχει κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάθλιψη επηρεάζεται από την ύπαρξη μακροχρόνιας ασθένειας.

			ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΣΥΝΟΛΟ
			OXI	NAI	
Ο γιατρός τους είπε ότι πάσχουν από καρκίνο	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	35	4	39
		% πάσχουν από καρκίνο	89,7%	10,3%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	0,1%	0%	0,1%
		% του συνόλου	0,1%	0%	0,1%
	Δεν γνώριζαν	Συχνότητα	44	7	51
		% πάσχουν από καρκίνο	86,3%	13,7%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	0,1%	0%	0,1%
		% του συνόλου	0,1%	0%	0,1%
	Όχι	Συχνότητα	44246	15227	59473
		% πάσχουν από καρκίνο	74,4%	25,6%	100%
		% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	95,0%	92,1%	94,2%
		% του συνόλου	70,1%	24,1%	94,2%
	Ναι	Συχνότητα	2246	1295	3541

	% πάσχουν από καρκίνο	63,4%	36,6%	100%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	4,8%	7,8%	5,6%
	% του συνόλου	3,6%	2,1%	5,6%
Σύνολο	Συχνότητα	46571	16533	63104
	% πάσχουν από καρκίνο	73,8%	26,2%	100%
	% εντός κατηγορίας κατάθλιψης	100%	100%	100%
	% του συνόλου	73,8%	26,2%	100%

Πίνακας 32. Συνάφεια μεταξύ του καρκίνου και της κατάθλιψης

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε αν τα άτομα που συμμετείχαν έχουν κατάθλιψη και αν πάσχουν από καρκίνο. Ένα από τα αποτελέσματα μας λοιπόν είναι ότι:

- 1295 άτομα που έχουν κατάθλιψη απάντησαν ότι πάσχουν από καρκίνο.
- Από το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο , το 36,6% αυτών έχει κατάθλιψη.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχει κατάθλιψη, το 7,8% πάσχει από καρκίνο.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 2,1% έχει κατάθλιψη και πάσχει από καρκίνο.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p - value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάθλιψη επηρεάζεται από την ύπαρξη του καρκίνου.

			ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
			ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	3	1	4
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	75%	25%	100%
		% εντός φύλου	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%
	Δεν Γνώριζαν	Συχνότητα	7	11	18
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	38,9%	61,1%	100%
		% εντός φύλου	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%
	Εξαιρετική	Συχνότητα	2460	2954	5414
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	45,4%	54,6%	100%
		% εντός φύλου	8,6%	8,1%	8,3%

	Πολύ καλή	% του συνόλου	3,8%	4,5%	8,3%
		Συχνότητα	5241	6260	11501
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	45,6%	54,4%	100%
		% εντός φύλου	18,3%	17,2%	17,7%
	Καλή	% του συνόλου	8%	9,6%	17,7%
		Συχνότητα	10689	13089	23778
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	45%	55%	100%
		% εντός φύλου	37,3%	35,9%	36,5%
	Ανεκτή	% του συνόλου	16,4%	20,1%	36,5%
		Συχνότητα	7293	10147	17440
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	41,8%	58,2%	100%
		% εντός φύλου	25,4%	27,9%	26,8%
	Φτωχή	% του συνόλου	11,2%	15,6%	26,8%
		Συχνότητα	2999	3967	6966
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	43,1%	56,9%	100%
		% εντός φύλου	10,5%	10,9%	10,7%
	ΣΥΝΟΛΟ	% του συνόλου	4,6%	6,1%	10,7%
		Συχνότητα	28692	36429	65121
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	44,1%	55,9%	100%
		% εντός φύλου	100%	100%	100%
		% του συνόλου	44,1%	55,9%	100%

Πίνακας 33. Συνάφεια μεταξύ της κατάστασης υγείας και του φύλου

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε πως είναι η κατάσταση υγείας των αντρών και των γυναικών. Για παράδειγμα:

- 13089 από τον γυναικείο πληθυσμό ανέφερε την κατάσταση υγείας του ως Καλή.
- Από το σύνολο των ατόμων που ανέφεραν ότι η κατάσταση της υγείας τους ήταν καλή το 55% είναι γυναίκες.
- Από το σύνολο των γυναικών , το 35,9% ανέφεραν ότι η κατάσταση υγείας τους είναι Καλή.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 20,1% ήταν γυναίκες και ανέφεραν ότι η κατάσταση υγείας τους είναι Καλή.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάσταση της υγείας επηρεάζεται από το φύλο.

		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ								ΣΥΝΟΛΟ
		Αρνήθηκαν	Δεν Γνώριζαν	Παντρεμένοι και συζούν	Έχουν Σύντροφο	Παντρεμένοι και ζουν γόρια	Ποτέ παντρεμένοι	Χωρισμένοι	Χήροι	
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	0	0	2	0	0	1	0	3
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	66,7%	0%	0%	33,3%	0%	100%
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Δεν Γνώριζαν	Συχνότητα	0	0	5	0	0	1	2	8
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	62,5%	0%	0%	12,5%	25%	100 %
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	0%	0%	0 %	0%	0%	0%	0,1%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Εξααιρετική	Συχνότητα	1	0	2031	43	25	126	231	2630
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	77,2%	1,6%	1,0%	4,8%	8,8%	100%
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	20%	0%	11,3%	10,7%	7,9%	9,4%	11,4%	10,3%
		% του συνόλου	0%	0%	8%	0,2%	0,1%	0,5%	0,7%	10,3%
	Πολύ καλή	Συχνότητα	1	0	3666	105	52	280	437	4913
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	74,6%	2,1%	1,1%	5,7%	8,9%	100%
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	20%	0%	20,3%	26,2%	16,4%	20,9%	21,7%	19,3%
		% του συνόλου	0%	0%	14,4%	0,4%	0,2%	1,1%	1,7%	19,3%
	Καλή	Συχνότητα	2	3	6870	139	109	499	664	9385
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	73,2%	1,5%	1,2%	5,3%	7,1%	100 %
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	40%	60%	38,1%	34,7%	34,4%	37,2%	32,8%	36,9%

	% του συνόλου	0%	0%	27%	0,5%	0,4%	2,0%	2,6%	4,3%	36,9%
Ανεκτή	Συχνότητα	0	0	4019	92	90	308	466	1134	6109
	% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	65,8%	1,5%	1,5%	5%	7,6%	18,6%	100%
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	0%	0%	22,3%	22,9%	28,4%	23%	23,1%	33,9%	24%
	% του συνόλου	0%	0%	15,8%	0,4%	0,4%	1,2%	1,8%	4,5%	24%
Φτωχή	Συχνότητα	1	2	1439	22	41	129	218	567	2419
	% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0,1%	59,5%	0,9%	1,7%	5,3%	9%	23,4%	100%
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	20%	40%	8,0%	5,5%	12,9%	9,6%	10,8%	16,9%	9,5%
	% του συνόλου	0%	0%	5,7%	0,1%	0,2%	0,5%	0,9%	2,2%	9,5%
ΣΥΝΟΛΟ	Συχνότητα	5	5	18032	401	317	1342	2018	3347	25467
	% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	70,8%	1,6%	1,2%	5,3%	7,9%	13,1%	100%
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100%
	% του συνόλου	0%	0%	70,8%	1,6%	1,2%	5,3%	7,9%	13,1%	100%

Πίνακας 34. Συνάφεια μεταξύ της κατάστασης υγείας και της οικογενειακής κατάστασης

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε πως είναι η κατάσταση υγείας με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση. Για παράδειγμα:

- 6870 άτομα που είναι παντρεμένοι και συζούν με τον/την σύζυγο ανέφεραν την κατάσταση υγείας του ως Καλή.
- Από το σύνολο των ατόμων που ανέφεραν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι Καλή, το 73,2% είναι παντρεμένοι και συζούν με τον/την σύζυγο.
- Από το σύνολο των ατόμων που είναι παντρεμένοι και συζούν με τον/την σύζυγο, το 38,1% ανέφεραν ότι η κατάσταση υγείας τους είναι Καλή.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 27% είναι παντρεμένοι, συζούν με τον/την σύζυγο και ανέφεραν ότι η κατάσταση υγείας τους είναι Καλή.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάσταση της υγείας επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση.

		Μακροχρόνια Ασθένεια				ΣΥΝΟΛΟ	
		Αρνήθηκαν	Δεν Γνώριζαν	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	3	0	1	0	4
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	75%	0%	25%	0%	100%
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	60%	0%	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%	0%	0%
	Δεν Γνώριζαν	Συχνότητα	0	6	8	4	18
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	33,3%	44,4%	22,2%	100%
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	0%	37,5%	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%	0%	0%
	Εξαιρετική	Συχνότητα	0	0	649	4765	5414
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	12%	88%	100%
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	0%	0%	2%	14,8%	8,3%
		% του συνόλου	0%	0%	1%	7,3%	8,3%
	Πολύ καλή	Συχνότητα	0	2	2631	8865	11498
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	22,9%	77,1%	100%
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	0%	12,5%	8%	27,5%	17,7%
		% του συνόλου	0%	0%	4%	13,6%	17,7%
	Καλή	Συχνότητα	0	2	9869	13902	23773
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	41,5%	58,5%	100%
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	0%	12,5%	30%	43,2%	36,5%
		% του συνόλου	0%	0%	15,2%	21,4%	36,5%
	Ανεκτή	Συχνότητα	2	6	13176	4251	17435
		% στο τομέα της	0%	0%	75,6%	24,4%	100%

Φτωχή	κατάστασης υγείας					
	% Σε μακροχρόνια ασθένεια	40%	37,5%	40,1%	13,2%	26,8%
	% του συνόλου	0%	0%	20,2%	6,5%	26,8%
	Συχνότητα	0	0	6538	428	6966
	% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	93,9%	6,1%	100%
	% Σε μακροχρόνια ασθένεια	0%	0%	19,9%	1,3%	10,7%
	% του συνόλου	0%	0%	10%	0,7%	10,7%
	Συχνότητα	5	16	32872	32215	65108
	% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	50,5%	49,5%	100%
	% Σε μακροχρόνια ασθένεια	100%	100%	100%	100,0%	100%
ΣΥΝΟΛΟ	% του συνόλου	0%	0%	50,5%	49,5%	100%

Πίνακας 35. Συνάφεια μεταξύ της κατάστασης υγείας και της μακροχρόνιας ασθένειας

Στον πίνακα 35 παρατηρούμε πως είναι η κατάσταση υγείας με βάση την ύπαρξη μακροχρόνιας ασθένειας. Για παράδειγμα:

- 13176 άτομα που απάντησαν ότι έχουν μακροχρόνια ασθένεια, ανέφεραν ότι η κατάσταση υγείας του είναι Ανεκτή.
- Από το σύνολο των ατόμων που ανέφεραν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι Ανεκτή, το 73,2% έχει κάποια μακροχρόνια ασθένεια.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν κάποια μακροχρόνια ασθένεια, το 40,1% είπαν ότι η κατάσταση υγείας τους είναι Ανεκτή.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 20,2% έχει κάποια μακροχρόνια ασθένεια και αναφέρει ότι η κατάσταση υγείας του είναι Ανεκτή.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάσταση της υγείας επηρεάζεται από την ύπαρξη μακροχρόνιας ασθένειας.

		ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ					ΣΥΝΟΛΟ
		Αρνήθηκαν	Δεν Γνώριζαν	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια/ποτέ	
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	0	0	0	3	3
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0%	0%	100%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	0%	0%	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%	0%	0%
	Δεν Γνώριζαν	Συχνότητα	1	6	1	8	18
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	5,6%	33,3%	5,6%	44,4%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	2%	0,8%	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%	0%	0%
	Εξαιρετική	Συχνότητα	3	14	97	536	5407
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0,1%	0,3%	1,8%	9,9%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	6,1%	1,9%	2,6%	4,9%	8,4%
		% του συνόλου	0%	0%	0,2%	0,8%	8,4%
	Πολύ καλή	Συχνότητα	3	68	232	1288	11472
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0%	0,6%	2,0%	11,2%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	6,1%	9,3%	6,1%	11,8%	17,7%
		% του συνόλου	0%	0,1%	0,4%	2%	17,7%
	Καλή	Συχνότητα	13	136	877	3812	23693
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0,1%	0,6%	3,7%	16,1%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	26,5%	18,7%	23,2%	35,0%	36,6%
		% του συνόλου	0%	0,2%	1,4%	5,9%	36,6%
	Ανεκτή	Συχνότητα	10	161	1377	3622	17322
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0,1%	0,9%	7,9%	20,9%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	20,4%	22,1%	36,5%	33,2%	26,8%
		% του συνόλου	0%	0,2%	2,1%	5,6%	26,8%
	Φτωχή	Συχνότητα	19	343	1190	1645	6748
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0,3%	5,1%	17,6%	24,4%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	38,8%	47,1%	31,5%	15,1%	10,4%
		% του συνόλου	0%	0,5%	1,8%	2,5%	10,4%
ΣΥΝΟΛΟ		Συχνότητα	49	728	3774	10905	64663
		% στο τομέα της κατάστασης υγείας	0,1%	1,1%	5,8%	16,9%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	100%	100%	100%	100%	100%
		% του συνόλου	0,1%	1,1%	5,8%	16,9%	100%

Πίνακας 36. Συνάφεια μεταξύ της κατάστασης υγείας και των αισθημάτων μοναξιάς

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε πως είναι η κατάσταση υγείας με βάση τα αισθήματα μοναξιάς. Για παράδειγμα:

- 3622 άτομα που απάντησαν ότι μερικές φορές έχουν αισθήματα μοναξιάς, ανέφεραν ότι η κατάσταση υγείας του είναι Ανεκτή.
- Από το σύνολο των ατόμων που ανέφεραν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι Ανεκτή, το 20,9% έχει μερικές φορές αισθήματα μοναξιάς.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν μερικές φορές αισθήματα μοναξιάς, το 33,2% είπαν ότι η κατάσταση υγείας τους είναι Ανεκτή.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 5,6% έχει μερικές φορές αισθήματα μοναξιάς και αναφέρει ότι η κατάσταση υγείας του είναι Ανεκτή.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η κατάσταση της υγείας επηρεάζεται από την ύπαρξη αισθημάτων μοναξιάς.

			ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ					ΣΥΝΟΛΟ
			Αρνήθηκαν	Δεν Γνώριζαν	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή ποτέ	
Αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον περασμένο μήνα	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	35	3	4	6	10	58
		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	60,3%	5,2%	6,9%	10,3%	17,2%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	71,4%	0,4%	0,1%	0,1%	0%	0,1%
		% του συνόλου	0,1%	0%	0%	0%	0%	0,1%
	Δεν Γνώριζαν	Συχνότητα	0	589	4	12	28	633
		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	0%	93,0%	0,6%	1,9%	4,4%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	0%	80,9%	0,1%	0,1%	0,1%	1%
		% του συνόλου	0%	0,9%	0%	0%	0%	1%
	ΝΑΙ	Συχνότητα	9	78	3059	6430	15613	25189
		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	0%	0,3%	12,1%	25,5%	62%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	18,4%	10,7%	81,1%	59%	31,7%	39%
		% του συνόλου	0%	0,1%	4,7%	9,9%	24,2%	39%
	ΟΧΙ	Συχνότητα	5	58	705	4456	33535	38759
		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	0%	0,1%	1,8%	11,5%	86,5%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	10,2%	8,0%	18,7%	40,9%	68,2%	60%
		% του συνόλου	0%	0,1%	1,1%	6,9%	51,9%	60%
ΣΥΝΟΛΟ		Συχνότητα	49	728	3772	10904	49186	64639
		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	0,1%	1,1%	5,8%	16,9%	76,1%	100%

	% στα αισθήματα μοναξιάς	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% του συνόλου	0,1%	1,1%	5,8%	16,9%	76,1%	100%

Πίνακας 37. Συνάφεια μεταξύ των αισθημάτων λύπης ή κατάθλιψης των τελευταίο μήνα και των αισθημάτων μοναξιάς

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τα άτομα που έχουν αισθήματα μοναξιάς, αν είχαν το τελευταίο μήνα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης. Παρατηρούμε για παράδειγμα ότι:

- 6430 άτομα που έχουν μερικές φορές αισθήματα μοναξιάς τον τελευταίο μήνα είχαν και αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης.
- Από το σύνολο των ατόμων που το τελευταίο μήνα είχαν αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης, το 25,5% αυτών είχε και αισθήματα μοναξιάς.
- Από το σύνολο των ατόμων που το τελευταίο μήνα είχε αισθήματα μοναξιάς, το 59% αυτών τον τελευταίο μήνα είχε και αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 9,9% είχε αισθήματα μοναξιάς αλλά και αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον τελευταίο μήνα.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p- value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή τα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον τελευταίο μήνα επηρεάζονται από τα αισθήματα μοναξιάς.

		ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ					ΣΥΝΟΛΟ
		Αρνήθηκαν	Δεν Γνώριζαν	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια/ποτέ	
Μακροχρόνια ασθένεια	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	0	0	0	2	4
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	0%	0%	0%	50%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	0%	0%	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%	0%	0%
	Δεν Γνώριζαν	Συχνότητα	1	5	1	2	16
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	6,3%	31,3%	6,3%	12,5%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	2%	0,7%	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%	0%	0%
	ΝΑΙ	Συχνότητα	32	558	2679	6393	32542
		% Σε μακροχρόνια ασθένεια	0,1%	1,7%	8,2%	19,6%	100%
		% στα αισθήματα μοναξιάς	65,3%	76,6%	71%	58,6%	50,3%
		% του συνόλου	0%	0,9%	4,1%	9,9%	50,3%
	ΟΧΙ	Συχνότητα	16	165	1095	4512	32108
		% Σε μακροχρόνια	0%	0,5%	3,4%	14,1%	100%

ΣΥΝΟΛΟ	ασθένεια						
	% στα αισθήματα μοναξιάς	32,7%	22,7%	29%	41,4%	53,5%	49,6%
	% του συνόλου	0%	0,3%	1,7%	7%	40,7%	49,6%
	Συχνότητα	49	728	3775	10909	49209	64670
ΣΥΝΟΛΟ	% Σε μακροχρόνια ασθένεια	0,1%	1,1%	5,8%	16,9%	76,1%	100%
	% στα αισθήματα μοναξιάς	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% του συνόλου	0,1%	1,1%	5,8%	16,9%	76,1%	100%
	Συχνότητα	49	728	3775	10909	49209	64670

Πίνακας 38. Συνάφεια μεταξύ της μακροχρόνιας ασθένειας και των αισθημάτων μοναξιάς

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τα άτομα αν έχουν κάποια μακροχρόνια ασθένεια και αν έχουν αισθήματα μοναξιάς. Δίνοντας ένα παράδειγμα παρατηρούμε λοιπόν ότι:

- 6393 άτομα που έχουν κάποια μακροχρόνια ασθένεια, έχουν μερικές φορές και αισθήματα μοναξιάς
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν κάποια μακροχρόνια ασθένεια, το 19,6% αυτών έχει δηλώσει ότι έχει μερικές φορές αισθήματα μοναξιάς.
- Από το σύνολο των ατόμων που έχουν δηλώσει ότι νιώθουν μερικές φορές αισθήματα μοναξιάς, το 58,6% έχει κάποια μακροχρόνια ασθένεια.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 9,9% έχει κάποια μακροχρόνια ασθένεια και μερικές φορές δηλώνει ότι νιώθει μοναξιά.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή τα αισθήματα μοναξιάς επηρεάζονται από την ύπαρξη μακροχρόνιας ασθένειας.

			Φύλο		ΣΥΝΟΛΟ
			Άνδρας	Γυναίκα	
Αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον περασμένο μήνα	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	39	19	58
		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	67,2%	32,8%	100%
		% εντός φύλου	0,1%	0,1%	0,1%
		% του συνόλου	0,1%	0,0%	0,1%
	Δεν Γνώριζαν	Συχνότητα	315	319	634
		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	49,7%	50,3%	100%
		% εντός φύλου	1,1%	0,9%	1%
		% του συνόλου	0,5%	0,5%	1%
	ΝΑΙ	Συχνότητα	8532	16737	25269

		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	33,8%	66,2%	100%
		% εντός φύλου	29,9%	46,2%	39%
		% του συνόλου	13,2%	25,8%	39%
		Συχνότητα	19616	19183	38799
	OXI	% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	50,6%	49,4%	100,0%
		% εντός φύλου	68,8%	52,9%	59,9%
		% του συνόλου	30,3%	29,6%	59,9%
		Συχνότητα	28502	36258	64760
ΣΥΝΟΛΟ		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	44%	56%	100%
		% εντός φύλου	100%	100%	100%
		% του συνόλου	44%	56%	100%
		Συχνότητα	28502	36258	64760

Πίνακας 39. Συνάφεια μεταξύ των αισθημάτων λύπης ή κατάθλιψης των τελευταίο μήνα και του φύλου

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε το δείγμα που πήρε μέρος στην έρευνα με βάση αν ήταν ανδρικός ή γυναικείος πληθυσμός, αν είχε αισθήματα λύπης ή μοναξιάς τον τελευταίο μήνα. Δίνοντας ένα παράδειγμα παρατηρούμε ότι:

- 19616 άνδρες δήλωσαν ότι το τελευταίο μήνα δεν είχαν αισθήματα λύπης ή μοναξιάς.
- Από το σύνολο των ατόμων που δήλωσαν ότι τον τελευταίο μήνα δεν είχαν αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης, το 50,6% αυτών είναι άνδρες.
- Από το σύνολο του αντρικού πληθυσμού, το 68,8% αυτών δήλωσαν ότι τον τελευταίο μήνα δεν είχαν αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 30,3% ήταν άνδρες και δήλωσαν πως τον τελευταίο μήνα δεν είχαν αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή τα αισθήματα λύπης ή μοναξιάς επηρεάζονται από το φύλο του δείγματος.

		Αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης τον περασμένο μήνα				ΣΥΝΟΛΟ
		Αρνήθηκαν	Δεν Γνώριζαν	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Αρνήθηκαν	Συχνότητα	1	0	0	5
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	20%	0%	0%	100%
		% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	2,6%	0%	0%	0%
		% του συνόλου	0%	0%	0%	0%
	Δεν γνώριζαν	Συχνότητα	0	2	2	5
		% εντός οικογενειακής κατάστασης	0%	40%	40%	100%
		% στα αισθήματα	0%	0,8%	0%	0%

		λύπης ή κατάθλιψης					
		% του συνόλου	0%	0%	0%	0%	0%
Παντρεμένοι και συζούν μαζί	Συχνότητα	31	145	6172	11617	17965	
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	0,2%	0,8%	34,4%	64,7%	100%	
	% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	79,5%	61,2%	62,6%	76,3%	70,8%	
	% του συνόλου	0,1%	0,6%	24,3%	45,8%	70,8%	
Έχουν σύντροφο	Συχνότητα	0	10	140	249	399	
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	0%	2,5%	35,1%	62,4%	100%	
	% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	0%	4,2%	1,4%	1,6%	1,6%	
	% του συνόλου	0%	0%	0,6%	1%	1,6%	
Παντρεμένοι και μένουν χώρια	Συχνότητα	0	4	150	162	316	
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	0%	1,3%	47,5%	51,3%	100 %	
	% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	0%	1,7%	1,5%	1,1%	1,2%	
	% του συνόλου	0%	0%	0,6%	0,6%	1,2%	
Ποτέ παντρεμένοι	Συχνότητα	2	15	531	788	1336	
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	0,1%	1,1%	39,7%	59,0%	100%	
	% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	5,1%	6,3%	5,4%	5,2%	5,3%	
	% του συνόλου	0%	0,1%	2,1%	3,1%	5,3%	
Χωρισμένοι	Συχνότητα	0	6	985	1026	2017	
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	0%	0,3%	48,8%	50,9%	100%	
	% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	0%	2,5%	10%	6,7%	7,9%	
	% του συνόλου	0%	0%	3,9%	4%	7,9%	
Χήροι	Συχνότητα	5	55	1887	1386	3333	
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	0,2%	1,7%	56,6%	41,6%	100%	
	% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	12,8%	23,2%	19,1%	9,1%	13,1%	
	% του συνόλου	0%	0,2%	7,4%	5,5%	13,1%	
Σύνολο	Συχνότητα	39	237	9867	15233	25376	
	% εντός οικογενειακής κατάστασης	0,2%	0,9%	38,9%	60%	100%	
	% στα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης	100%	100%	100%	100%	100%	
	% του συνόλου	0,2%	0,9%	38,9%	60%	100%	

Πίνακας 40. Συνάφεια μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των αισθημάτων λύπης ή κατάθλιψης των τελευταίο μήνα

Στον πίνακα παρατηρούμε ποια είναι η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος και αν τον τελευταίο μήνα αισθάνθηκαν ή όχι αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης. Δίνοντας ένα αναλυτικό παράδειγμα έχουμε:

- 6172 άτομα που τον τελευταίο μήνα είχαν νιώσει αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης είναι παντρεμένοι και ζουν μαζί με τον/την σύζυγο.
- Από το σύνολο των ατόμων που είναι παντρεμένοι και ζουν με τον/την σύζυγο, το 34,4% αυτών τον τελευταίο μήνα έχει νιώσει αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης.
- Από το σύνολο των ατόμων που τελευταίο μήνα έχουν νιώσει αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης, το 62,6% αυτών είναι παντρεμένοι και ζουν μαζί με τον/την σύζυγο.
- Από το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 24,3% τον τελευταίο μήνα έχει νιώσει αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης και είναι παντρεμένοι και ζουν μαζί με τον/την σύζυγο.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 και δέχομαι την H_1 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει τα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο και έχει υπολογιστεί πως περίπου 300 εκατομμύρια άνθρωποι επηρεάζονται σε όλο τον κόσμο ανεξαρτήτου ηλικίας. Ο αντίκτυπός της κατάθλιψης στη λειτουργικότητα και την ευεξία του ανθρώπου έχει εξομοιωθεί με εκείνο χρόνιων παθήσεων ενώ η ανεπάρκεια που προκαλεί η κατάθλιψη είναι εφάμιλλη και ίσως μεγαλύτερη από αυτή που προκαλείται από χρόνια νοσήματα. Νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν πως η νοσηρότητα και θνητότητα των ανωτέρω χρόνιων νοσημάτων αυξάνουν ακόμη περισσότερο όταν συνυπάρχει η καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στην έρευνα μας πήραν μέρος 15 χώρες, Αυστρία, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Ελβετία, Βέλγιο, Ισραήλ, Τσέχικη Δημοκρατία, Λουξεμβούργο, Σλοβενία και Εσθονία.

Μετά από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, είμαστε σε θέση να συγκεκριμενοποιήσουμε ορισμένα συμπεράσματα. Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά βρίσκουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος που συμμετείχε στην έρευνα είχε ηλικία κατά μέσο όρο 70 ετών καθώς και ότι συμμετείχαν περισσότερες γυναίκες. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό, από αυτούς που απάντησαν, δήλωναν παντρεμένοι και ζούσαν με τον/την σύζυγό τους.

Το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων που πήραν μέρος δήλωσαν ότι δεν έχουν κατάθλιψη, ούτε αισθήματα ενοχής, ούτε αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης καθώς δεν παρουσίαζαν σχεδόν ποτέ αισθήματα μοναξιάς. Σε γενικές γραμμές η κατάσταση υγείας τους ήταν από ανεκτή έως καλή, οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες έπασχαν από χρόνιες ασθένειες σε αντίθεση με το μικρό ποσοστό αυτών που έπασχε από καρκίνο.

Συγκεκριμένα όσον αφορά την κατάθλιψη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σημαντικό ρόλο σε αυτήν παίζει :

- **Η χώρα προέλευσης.** Στην Εσθονία, Ισπανία, Ιταλία, Βέλγιο, Γαλλία, Τσέχικη Δημοκρατία και Γερμανία τα ποσοστά κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερα.
- **Η ηλικία.** Όσο πιο πολύ αυξάνεται η ηλικία και περιορίζονται οι δραστηριότητες των ατόμων (είτε κοινωνικές, είτε εργασιακές) αυξάνονται τα ποσοστά κατάθλιψης.
- **Το φύλο.** Επαληθεύεται ότι οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από την κατάθλιψη.
- **Η οικογενειακή κατάσταση.** Κατά κυριότητα οι παντρεμένοι που ζουν μαζί με τον/την σύζυγο εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης ακόμα και από αυτούς που έχασαν τον/την σύντροφο τους.
- **Τα αισθήματα ενοχής.** Συνήθως τα άτομα που έχουν αισθήματα ενοχής κατά μεγάλο ποσοστό εμφανίζουν και αισθήματα κατάθλιψης.
- **Τα αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης.** Όταν υπάρχουν συμπτώματα λύπης ή κατάθλιψης το τελευταίο χρονικό διάστημα δυστυχώς η κατάθλιψη συνυπάρχει.
- **Τα αισθήματα μοναξιάς.** Άτομα με αισθήματα μοναξιάς εμφανίζουν κατά μεγάλο ποσοστό και αισθήματα κατάθλιψης.

- **Η κατάσταση υγείας.** Όσο η κατάσταση υγείας είναι σε καλά επίπεδα τόσο πιο λίγα είναι τα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ όσο πιο φτωχή είναι η κατάσταση υγείας τόσο πιο μεγάλα είναι τα ποσοστά κατάθλιψης. Παρατηρούμε επίσης όταν έχουμε πλήθος εισαγωγών του ατόμου στο νοσοκομείο έχουμε περισσότερα ποσοστά κατάθλιψης.
- **Η μακροχρόνια ασθένεια.** Παρατηρούμε ότι όταν υπάρχει μακροχρόνια ασθένεια αυξάνουν τα ποσοστά της κατάθλιψης.
- **Η παχυσαρκία.** Άτομα με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος έχουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης ειδικά όταν η κατάσταση υγείας είναι κακή ή συνυπάρχει μακροχρόνια ασθένεια.
- **Ο καρκίνος.** Παρατηρούμε ότι στα άτομα που έχουν καρκίνο, αυξάνονται οι πιθανότητες να έχουν κατάθλιψη.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αργυρόπουλος, Κ., Γουρζής, Φ. και Γελαστοπούλου, Ε. (2012). Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων, *Ψυχιατρική*, **23**, 39-45.

Βλάχου Ε. κα. (2013). Η επίδραση της Ορμονικής Θεραπείας Υποκατάστασης (ΟΘΥ) στην ψυχική κατάσταση των εμμηνοπαυσιακών γυναικών, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, **12**, 82-102.

Ευθυμίου, Κ., Μαυροϊδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ζήντρου Γ., Βασιλοπούλου, Γ., Βακάλη, Χρ., Γερογιάννη, Γ., Καμπά, Ε. και Μπαμπάτσικου, Φ. (2014). Συγκριτική μελέτη εμφάνισης κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία σε κλειστή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων με την κλίμακα Hamilton, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, **13**, 144-159.

Ιεροδιακόνου, Χ., Φωτιάδης, Χ. και Δημητρίου Ε. (1988). *Ψυχιατρική, Μαστορίδης, Θεσσαλονίκη*

Λόττι-Λυκούσα, Μ., Παπαδόπουλος, Α.Α., Βρεττός, Ι., Καμποσιώρας, Κ., Παππά, Ε., Ανδριόπουλος, Π. και Νιάκας, Δ. (2012). Εκτίμηση συχνότητας της κατάθλιψης σε ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, **29**, 77-84.

Μπελλάλη Θ., Αβραμικά Μ., Μαστροκώστας Αθ. και Θεοδόσης Π. (2011). Άγχος και κατάθλιψη ασθενών που έχουν υποβληθεί σε λαρυγγεκτομή, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, **10**, 276-292.

Παπαγεωργίου, Ε. (2004). *Ψυχιατρική*, Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα

Παπαγεωργίου, Ε. (2003). *Ψυχολογία Ασθενών*, Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα

Παπαδημητρίου, Γ., Λιάππας Ι. και Λυκούρας Ε. (2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική. ΒΗΤΑ

Παραδέλης, Αθ. (1992). *Κλινική Φαρμακολογία*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Ραγιά, Α. (2005). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε, Αθήνα

Ρουσοδήμου, Φ. (2008). *Η χρήση των γνωστικών προκλητικών δυναμικών στην διάγνωση και στην θεραπευτική αποκατάσταση ατόμων με κατάθλιψη*, Βόλος

Σαράφης, Π. κα. (2008). Χρόνια Οσφυαλγία: Προκαταρκτικά αποτελέσματα από τη διερεύνηση του Άγχους και της Κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Οσφυαλγία, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, **1**, 25-34.

Στυλιανοπούλου, Χ., Κουλιεράκης, Γ., Καραγιάννη, Β., Μπαμπάτσικου, Φ. και Κουτής, Χ. (2010). Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), Το βήμα του Ασκληπιού, **9**, 490-504.

Φερεντίνος, Π., Κονταξάκης, Β., Παπλός, Κ. και Χριστοδούλου, Γ. (2003). Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton: Μορφές, εφαρμογές και προοπτικές, Ψυχιατρική, **14**, 136-146.

Χαλκιοπούλου, Χρ. (2003). *Ψυχολογία της Υγείας*, Μέλισσα, Θεσσαλονίκη.

Χαρτοκόλλης, Π. (1991). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, Θεμέλιο, Αθήνα.

Χριστοδούλου, Γ. (2008). *Κατάθλιψη* ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

- Abu-Rayya, H.M. (2006). Depression and social involvement among elders, *The Internet Journal of Health*, **5**, 1-6.
- Achdut, L., Tur-Sinai, A. and Troitsky, R. (2015). Transitions between states of labor-force participation among older Israelis, *European Journal of Ageing*, **12**, 39-49.
- Adena, M. and Myck, M. (2014). Poverty and transitions in health in later life, *Social Science & Medicine*, **116**, 202-210.
- Alavinia, S.M. and Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: A cross-sectional analysis across European countries, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, **82**, 39-45.
- Albertini, M. and Garriga, A. (2011). The effect of divorce on parent-child contacts: Evidence on two declining effect hypotheses, *European Societies*, **13**, 257-278.
- Albertini, M. and Kohli, M. (2009). What childless older people give: Is the generational link broken?, *Ageing and Society*, **29**, 1261-1274.
- Albertini, M. and Kohli, M. (2013). The generational contract in the family: an analysis of transfer regimes in Europe, *European Sociological Review*, **29**, 828-840.
- Albertini, M. and Pavolini, E. (2015). Unequal inequalities: the stratification of the use of formal care among older Europeans, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* forthcoming, **10**, 1-10.
- Albuquerque, P. (2014). Intergenerational private transfers: Portugal in the European context, *European Journal of Ageing*, **11**, 301-312.
- Alexopoulos, GS., Buckwalter, K., Olin, J., Martinez, R., Wainscott, C. and Krishnan, KR. (2002). Comorbidity of late-life depression: an opportunity for research in mechanisms and treatment. *Biol Psychiatry*, **52**: 543-58.
- Allin, S., Masseria, C. and Mossialos, E. (2009). Measuring socioeconomic differences in use of health care services by wealth versus by income, *American Journal of Public Health*, **99**, 1849-1855.
- Alloy L.B., Acocella J., Bootzin R.R. (1996). *Abnormal Psychology Current Perspectives*, Mc Graw Hill Inc, New York
- Andersen-Ranberg, K., Petersen, I., Frederiksen, H., Mackenbach, J.P. and Christensen, K. (2009). Cross-national differences in grip strength among 50+ year-old Europeans: Results from the SHARE study, *European Journal of Ageing*, **6**, 227-236.
- Andreyeva, T., Michaud, P.C. and van Soest, A. (2007). Obesity and health in Europeans aged 50 years and older, *Public Health*, **121**, 497-509.

Angelini, V. and Mierau, J.O. (2014). Born at the right time? Childhood health and the business cycle, *Social Science & Medicine*, **109**, 35–43.

Angelini, V., Cavapozzi, D., Corazzini, L. and Pacagnella, O. (2012). Age, health and life satisfaction among older Europeans, *Social Indicators Research*, **105**, 293–308.

Aranda, L. (2015). Doubling up: a gift or a shame? Intergenerational households and parental depression of older Europeans, *Social Science & Medicine*, **134**, 12–22.

Attias-Donfut, C., Ogg, J. and Wolff, F.-C. (2005). European patterns of intergenerational financial and time transfers, *European Journal of Ageing*, **2**, 161–173.

Avendano, M., Berkman, L., Brugiavini, A. and Pasini, G. (2015). The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: evidence from European countries, *Social Science & Medicine*, **132**, 45–53.

Avendano, M., Glymour, M., Banks, J. and Mackenbach, J.P. (2009). Health disadvantage in US adults aged 50 to 74 years: A comparison of the health of rich and poor Americans with that of Europeans, *American Journal of Public Health*, **99**, 540–548.

Avendano, M., Jürges, H. and Mackenbach, J.P. (2009). Educational level and changes in health across Europe: Longitudinal results from SHARE, *Journal of European Social Policy*, **19**, 301–316.

Ayalon, L. (2011). The prevalence and predictors of passive death wishes in Europe: A two year follow-up of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **26**, 923–929.

Ayalon, L. and Shiovitz-Ezra, S. (2011). The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life, *International Psychogeriatrics*, **23**, 1677–1685.

Ayers, E. and Verghese, J. (2016). Motoric cognitive risk syndrome and risk of mortality in older adults, *Alzheimers & Dementia*, **12**, 556–64.

Balia, S. (2014). Survival expectations, subjective health and smoking: evidence from SHARE, *Empirical Economics*, **47**, 753–780.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II, Psychological Corporation, San Antonio

Belloni, M. and Villosio C. (2015). Training and wages of older workers in Europe, *European Journal of Ageing*, **12**, 7–16.

Bertoni, M. (2015). Hungry today, happy tomorrow? Childhood conditions and subjective wellbeing later in life, *Journal of Health Economics*, **40**, 40–53.

- Bolin, K., Lindgren, B. and Lundborg, P. (2007). Informal and formal care among single-living elderly in Europe, *Health Economics*, **17**, 393-409.
- Bondolfi, G. et al. (1999). Self- and clinician-rated Montgomery–Asberg Depression Rating Scale: Evaluation in clinical practice, *Journal of Affective Disorders*, **121**, 268–272.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, **28**, 143-154.
- Bonsang, E. and Van Soest A. (2012). Satisfaction with social contacts of older Europeans, *Social Indicators Research*, **105**, 273-292.
- Bordone, V. and de Valk, H.A. (2016). Intergenerational support among migrant families in Europe, *European Journal of Ageing*, **13**, 259-270.
- Börsch-Supan, A., Brugiavini, A. and Croda, E. (2009). The role of institutions and health in European patterns of work and retirement, *Journal of European Social Policy*, **19**, 341-358.
- Bressan, S., Pace, N. and Pelizzon, L. (2016). Health status and portfolio choice: Is their relationship economically relevant?, *International Review of Financial Analysis*, **32**, 109-122.
- Buber, I. and Engelhardt, H. (2008). Children's impact on the mental health of their older mothers and fathers, Findings from SHARE, *European Journal of Ageing*, **5**, 31-45.
- Coe, N.B. and Zamarro, G. (2011). Retirement effects on health in Europe, *Journal of Health Economics*, **30**, 77-86.
- Cohen-Mansfield, J., Libin, A. and Marx, M. (2007). Non pharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, **62A**, 908–916.
- Croezen, S., Avendano, M., Burdorf, A. and van Lenthe, F. (2015). Social participation and depression in old age: a fixed-effects analysis in 10 European countries, *American Journal of Epidemiology*, **182**, 168-176.
- Davison, K (2006). Historical aspects of mood disorders, *Psychiatry*, **5**, 115–18.
- DeRubeis, R., Gelfand, L., Tang, T. and Simons, A. (1999). Medications versus cognitive behaviour therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomised comparisons, *Am J Psychiatry*, **156**, 1007–1013.
- Geisser, M., Roth, R. and Robinson, M. (1997). Assessing Depression among Persons with Chronic Pain Using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: A Comparative Analysis, *Clinical Journal of Pain*, **13**, 163-170.

Grant, D., Almond, MK., Newnham, A., Roberts, P. and Hutchings, A. (2008). The Beck Depression Inventory requires modification in scoring before use in a haemodialysis population in the UK. *Nephron Clin Pract*, **110**, 33–80.

Ingram, R. (2009). *The International Encyclopedia of Depression*, Springer Publishing Company, New York.

Karageorgas, Th., Fragioudaki, S., Nezos, Ad., Karaikos, D., Moutsopoulos, H. and Mavragani, Cl. (2016). Fatigue in Primary Sjogren's Syndrome: Clinical, Laboratory, Psychometric, and Biologic Associations, *Arthritis Care & Research*, **68**, 123-131.

Kessler RC, Berglund P, Demler O. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Co-morbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, **289**, 3095–105.

Kobak, K. et al. (2008). Face-to-face versus remote administration of the Montgomery-Asberg depression rating scale using videoconference and telephone, *Depression and Anxiety*, **25**, 913–919.

Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scand*, **108**, 163–74.

Lenze, E.J. et al. (2002). Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: Effects on social adjustment, *American Journal of Psychiatry*, **159**, 466-468.

Lustman, PJ., Clouse, RE., Griffith, LS., Carney, RM. and Freedland, KE. (1997). Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med*, **59**, 24-31.

Maj, M. and Sartorius, N. (2002). *Depressive Disorders*, Wiley, England.

Montgomery, S. and Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change, *The British Journal of Psychiatry*, **134**, 382-389.

Oltmanns, T. and Emery, R., (1995). *Seventh Edition: Abnormal Psychology*, Pearson, USA.

Parker, G., Roy, K., Hadzi-Pavlovic, D., Wilhelm, K. and Mitchell, P. (2001). The differential impact of age on the phenomenology of melancholia, *Psychol Med.*, **31**, 1231-6.

Peytremann-Bridevaux, I., Faeh, D., Santos-Eggimann, B. (2007). Prevalence of overweight and obesity in rural and urban settings of 10 European countries, *Preventive Medicine*, **44**, 442-446.

Piccinelli, M. and Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review, *Br J Psychiatry*, **177**, 486-92.

Radden, J. (2003). Is this dame melancholy? Equating today's depression and past melancholia, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, **10**, 37-52.

Ramachandran, V. (2012). *Encyclopedia of Human Behavior- Depression*, Elsevier , California.

Raskin, A. et al. (1969). Raskin Depression Rating Scale, *J Nerv Ment Dis*, **148**, 87-98.

Sagen, Ul. et al. (2009). Screening for anxiety and depression after stroke: Comparison of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, **67**, 325-332.

Stern, St., Dhanda, R. and Hazuda, H. (2009). Helplessness predicts the development of hypertension in older Mexican and European Americans, *Journal of Psychosomatic Research*, **67**, 333–337.

VandenBos, G. (2007). *APA Dictionary of Psychology*, American Psychological Association, Washington

World Health Organization. (2005). *International Statistical Classification of Disease and Health Related Problem (ICD-10) 2nd edition*. Geneva

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982-83, 17, 37-49.

Zung, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale, *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Ηλεκτρονικές πηγές

Tyrell, M. (2011). Symptoms of Depression, Available at: <http://www.clinicaldepression.co.uk/dlp/depression-information/symptoms-of-depression/> [Πρόσβαση: 16/3/2017]

Καραίσκος, Δ. (2012). Κλίμακα Montgomery – Asberg για την Κατάθλιψη, <https://depressiontribunegr.wordpress.com/2012/10/05/κλίμακες-αξιολόγησης-της-κατάθλιψης-2/>

Μενεδιάτου Α. (2010). *Τι είναι Κατάθλιψη*, <http://mazi.org.gr/Κατάθλιψη/Τι-είναι-κατάθλιψη#>

Καταθλιψη <http://www.iatronet.gr/symptom-checker/katathlipsi.html>

Καλημέρης, Σπ. (2012). *Τύποι κατάθλιψης*, <http://www.katathlipsi.gr/katathlipsi/typoi-katathlipsis>